Lane Medical Library

Sprachstörungen bei der Dementia hebephrenica.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Bruno Lange
prakt. Arzt aus Berlin
Unterarzt beim 3. Magdeburg. Inf.-Reg. Nr. 66.

Tag der Promotion: 11. Januar 1910.

Berlin 1910
Druck von Emil Ebering.
Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Ziehen.**

Meinen Eltern.

Unter den Ausdrucksbewegungen hat die Sprache für die Diagnostik der Geisteskrankheiten die größte Bedeutung.

Krankhafte Affekte, Wahnvorstellungen und Halluzinationen, Defekte des Gedächtnisses und des Kombinationsvermögens werden im Inhalt der Rede und Schrift offenbar.

Sehr häufig leidet nun auch die Form der mündlichen und schriftlichen Aeußerungen bei Geisteskranken. Die Beobachtung dieser formalen Sprachstörungen — mögen sie als Symptom der allgemeinen, psychischen Funktionsstörung oder mehr selbständig als Ausdruck einer vorzüglichen Erkrankung des Sprachapparates auftreten — wird uns in jedem Falle der Erkenntnis des jeweiligen Krankheitsprozesses näher bringen.

Der manische Rededrang mit der Häufung oberflächlicher Assoziationen, der Neigung zu Reimen und Wortspielen, die äußerst flüchtige Schrift solcher Kranken gibt deutlich das Wesen der Affektstörung wieder. Der allmählich fortschreitende anatomische Zerstörungsprozeß der Hirnrinde in der Gegend der Sprachzentren manifestiert sich in der beständig zunehmenden Artikulationsstörung, dem Silbenstolpern, den Auslassungen und willkürlichen Wiederholungen, wie sie Rede und Schrift bei der Dementia paralytisch darbieten.

Angesichts der Bedeutung des Befundes formaler Sprachstörungen für die Beurteilung einer Geisteskrankheit muß eine genauere Untersuchung der Sprache bei der Dementia hebephrenica lebhaft gefordert werden, zumal das Wesen dieser Defektpsychose noch nicht befriedigend hat erklärt werden können.

Wie weit man von Untersuchungen in dieser Richtung eine Lösung des Problems erhoffen darf, das kann heute wohl kaum entschieden werden.

Daß bei der Dementia hebephrenica charakteristische Sprachstörungen bestehen, wird von allen denjenigen Psychiatern herhorgehoben, die seit Anfang der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts an der Entwicklung des Krankheitsbegriffes gearbeitet haben.

Indem ich die kaum verwertbaren Beobachtungen früherer Jahre (1) übergehe, beginne ich mit der im Jahre 1874 erschienenen Abhandlung Kahlbaums „Die Katatonie" (2). Kahlbaum weist darin auf pathologische Veränderungen der Sprache hin, im besonderen auf den katatonen Rededrang mit Perseveration und den Mutazismus. Der Name Verbigeration geht auf diesen Autor zurück.

Hecker (3) gibt in der im Virchow-Archiv veröffentlichten klassischen Beschreibung der „Hebephrenie" ein Beispiel der Redeweise eines Frühdementen. An mehreren Briefen solcher Kranker demonstriert er die Vorstellungsperseveration, die Tendenz zu geschraubter, oft poetischer Diktion, die beliebte Anwendung verstümmelter Fremdwörter und nichtssagender Phrasen.

Brosius (4) berichtet im Jahre 1877 über einige Fälle von Katatonie. Er nennt unter den hervorstechendsten Symptomen dieser Krankheit Stummheit, Sprechsucht, Stereotypien und Verbigeration.

Neissers (5) „Katatonie" gibt außer den letztgenannten Störungen solche der Schrift in zwei Fällen wieder, die an die grob veränderte Schrift des Paralytikers erinnern, und enthält fünf treffliche Proben der katatonischen Verstellungsperseveration in schriftlichen Aeußerungen.

Die charakteristische katatonische Störung der Redeweise betont auch v. Krafft-Ebing (6) in seinem „Lehrbuch der Psychiatrie".

Flügge (7) referiert in der Allgemeinen Zeitschrift für

Psychiatrie vom Jahre 1895 über zwei typische Fälle von Sprachverwirrtheit. Sommer (8) in der „Diagnostik der Geisteskrankheiten", Schüle (9) in den „klinischen Beiträgen zur Katatonie" veröffentlichten Schriftproben Frühdementer.

Ausführlicher behandelt Kraepelin (10) in seiner „Psychiatrie" die Sprachstörungen. Durch Beispiele mündlicher und schriftlicher Aeußerungen werden die Begriffe der Sprachverwirrtheit, der Verbigeration, der Stereotypien, der geschraubten Ausdrucksweise, des Vorbeiredens, der Neigung zu oberflächlichen Wortassoziationen, zu Neologismen anschaulich gemacht.

Mehrere Handschriftproben illustrieren die katatonische Zerfahrenheit, die Schreibmanieren, der katatonischen und paranoiden Varietät der Dementia praecox.

Die Symptome der Sprachverwirrtheit, der Perseveration und Stereotypie, in einem Falle mit Ideenflucht verbunden, die Vorliebe für Phrasen, für Diminutiva werden von Ziehen (11) in seinem „Lehrbuch der Psychiatrie" an Proben mündlicher und schriftlicher Produktion von Hebephrenikern erklärt.

In dem Atlas und Grundriß der Psychiatrie von Weygandt (12) finden sich Beispiele von Sprachverwirrtheit, Stereotypien, Verbigeration und Wortneubildungen im Spontansprechen und in schriftlichen Aeußerungen, sowie mehrere Beispiele manierierter, katatonischer Schrift.

Die bereits genannten Phänomene werden sämtlich auch von Masselon (13) in der Abhandlung „La démence précoce" geschildert. Auch dieses Werk enthält charakteristische Ausschnitte der Laut- und Schriftsprache Frühdementer. Ein längerer Abschnitt ist allein den Sprachstörungen gewidmet.

In dem „Lehrbuch der Psychiatrie" von Binswanger und Siemerling (14) veröffentlicht Hoche vier Manuskripte, unter denen die beiden ersten die erhöhte Ablenkbarkeit, den Verlust des Zusammenhangs der Vorstellungen und ein unvermitteltes Auftauchen von Einschiebseln, die beiden

folgenden den Hang zu Phrasen und Pleonasmen deutlich erkennen lassen. Bei der Besprechung der Katatonie gibt er eine Probe verbigerierender schriftlicher Produktion.

In neuerer Zeit haben einzelne Autoren sich die Aufgabe gestellt, die Sprachstörungen bei Psychosen methodisch vergleichend zu untersuchen.

Ich erwähne die stenographischen Aufzeichnungen der Rede Geisteskranker von Liebmann und Edel (15). Unter den verwerteten Fällen gehören acht der Dementia hebephrenica an. Eine Uebersicht über die Schriftstörung bei Geisteskranken gibt Köster (16) im Anschluß an Untersuchungen Sommers. Die Katatonie ist in dem Werke mit fünf, der sogenannte primäre Schwachsinn mit drei, die Dementia paranoides mit weiteren drei Schriftproben vertreten.

Auf eine erschöpfende Darstellung der Untersuchungsergebnisse genannter Autoren muß ich verzichten. Die in Betracht kommenden Abschnitte sind aus der Literatur ersichtlich.

Dem kurzen historischen Ueberblick möchte ich einige Bemerkungen über die vorliegende Arbeit folgen lassen.

Bei der Vielseitigkeit des Materials ist es mir als zweckmäßig erschienen, die Untersuchung auf bestimmte formale Sprachstörungen zu beschränken. So findet in der Arbeit das Symptom der oberflächlichen Wortassoziationen keine Berücksichtigung, die Sprachverwirrtheit nur, insofern sie zu Absonderlichkeiten des sprachlichen Ausdrucks führt; ebensowenig ist die Reaktionszeit der sprachlichen Assoziationen gemessen worden. Form und zeitlicher Verlauf der Assoziationen in der Sprache muß ein jedes für sich zum Gegenstand eingehender Untersuchung gemacht werden.
Meine Abhandlung umfaßt die Störungen der allgemeinen Sprechweise, der Handschrift, Artikulationsstörungen, gewisse Störungen der Wortdiktion, endlich solche der Syntax.

Die beobachteten Patienten gehören sämtlich der Kgl. Charité zu Berlin an.

Die Untersuchung eines jeden Falles hat an mehreren Tagen, die Prüfung der Artikulation, wenn es erforderlich war, mehrmals in einer Stunde stattgefunden.

Leider standen mir nicht immer spontane mündliche und schriftliche Aeußerungen zur Verfügung. Ich habe vielfach den Krankenjournalen Aufzeichnungen entnehmen müssen.

Die in allen Fällen negativen Untersuchungsergebnisse werden am Schluß des symptomatischen Teils angeführt.

Die Untersuchungsergebnisse.

Fall I. Der vierundzwanzigjährige Kaufmann H. R., am 8. Oktober 1907 aufgenommen, hat schon im Juni 1904 Symptome von Geistesgestörtheit dargeboten.

Remissionen im Krankheitsverlauf.

Auf der Schule zeigte der Patient geringe Begabung, seine Bildungsstufe kann als eine leidlich gute gelten.

Ueber seinen momentanen psychischen Status kurz folgendes: Das Tempo der Ideenassoziation ist träge, der Ideenzusammenhang stark gelockert. Es bestehen Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Stimmung meist indifferent, auch während meiner Untersuchung. Keine körperlichen Symptome, die für die Beurteilung der Sprachstörungen von Bedeutung sein könnten.

Der Patient spricht gewöhnlich mäßig laut, bisweilen bis zur Unverständlichkeit leise, in mittlerer Tonhöhe. Das Redetempo ist meist beschleunigt, seltener träge. Letzteres widerspricht nicht dem oben fixierten trägen Ideengang. Es handelt sich vorwiegend um mehr automatisch ablaufende Sprachbewegungen von nicht langer Dauer. In zusammenhängender Rede habe ich den Kranken gar nicht sprechen hören. Tonhöhe und Timbre der Lautsprache werden kaum variiert.

Es fällt auf, daß der Kranke öfter unvermittelt im Satze abbricht.

Die Handschrift ist stark vernachlässigt, zuweilen deutlich maniriert (Schriftproben, Figur 1 u. 2). Es sei besonders auf die Richtung der Buchstaben, ihren Abstand von einander und die Entstellung der einzelnen Buchstaben hingewiesen. Auf die literalen und syllabaren Störungen des schriftlichen Ausdrucks, wie sie die Proben 1 u. 3 gut demonstrieren, komme ich noch zurück.

Die Artikulation des Patienten ist nicht immer deutlich. Zumal Endsilben werden gar nicht oder ganz leise artikuliert. Unmusikal hört man statt unmusikalisch, Veranla für Veranlagung usw. Beim Nachsprechen komplizierter Wörter zeigen sich charakteristische Störungen. Während einzelne Paradigmen sofort richtig nachgesprochen werden, behauptet er z. B. das Wort Dampfschiffschleppschiffahrtsgesellschaft gar nicht wiederholen zu können. Bei einem nach öfterem Vorsagen desselben unternommenen Versuch resultieren Silbenstolpern und Hesitieren. Er sagt Dampfschifff—isch-f—ahrt. Aehnliche Störungen treten beim Nachsprechen eines zweiten Paradigmas auf. Er wiederholt: Schleimige Sch—ellschifffflosse. Erst nach mehreren vergeblichen Anstrengungen gelingt es ihm, beide Paradigmen richtig zu artikulieren. Etwa zehn Minuten später, auch am anderen Tage, waren die Störungen wieder deutlich ausgesprochen.

Was die schriftlichen Aeußerungen des Kranken angeht, so möge die Schriftprobe 1 das Silbenauslassen und Silbenentstellen — in drei diktierten Wörtern, Figur 3, das Auslassen und willkürliche Einfügen von Buchstaben in dem spontan niedergeschriebenen Liede erläutern (wals soll, traurg, uralteten). Hierzu möchte ich ergänzend noch folgendes anführen. Der Patient schreibt die auf statt auf die, die Trommel tschlug und Heute Glocke muß die Glocke werden. Ich habe den Kranken an verschiedenen Tagen

schreiben lassen und konnte stets die beschriebenen Störungen nachweisen.

Wenden wir uns nun zu den Störungen der Wortdiktion.

Der Kranke spricht spontan sehr wenig. Nur reflektorisch fast wird eine Wortproduktion durch meine Fragen ausgelöst. Teile der Frage werden von ihm oftmals wiederholt, auch sonst weist seine Rede unmittelbare Wortwiederholungen auf. So antwortet er z. B. auf die Frage: Haben Sie viel geraucht?] geraucht . . . geraucht . . . geraucht . . . geraucht.

Wieviel ist 5 × 12?] 5 × 12 5 × 12 5 × 12 . . . . Er erzählt: „Hatt ich keine Wohnung bekommen bekommen", später „Glücklich machen die Leute bei einer Tragbahre . . . bei einer Tragbahre . . . bei einer Tragbahre."

Dieses Perseverieren der Vorstellungen zeigt sich nun in der Rede noch in andrer Weise: der Kranke wird aufgefordert, die Farbe verschiedener Gegenstände zu benennen:

Hörrohr, schwarz] schwarz.

Rock weiß, blau gestreift] schwarz.

Einband eines Buches, braunrot] schwarz usw.

Wieviel 5×18?] 40, ich kann das nicht rechnen wie eine 0.

Wieviel 5×15?] 80 . . . wieviel?] 65 . . . 80 Lebensgröße, wenn die 0 fortbleibt, dann heißt es 650, nicht wahr? . . . 1×1 ist 1, 1×0 ist 0 . . . unverständliches Gemurmel.

Die vor dem Patienten auf dem Tisch liegenden Schriftproben werden Veranlassung zum öfteren Auftauchen des Wortes „Handschrift" in der Rede. Spontan: „Was geben Sie für die Handschrift dieses jungen Mannes aus? garnichts, nicht wahr?"

Später, nach Beantwortung einer Frage: „Na ja, ich frage ja, was Sie für die Handschrift geben." Nach $^1/_4$ Stunde Städte nennen? „Auf Grund dieser Handschrift nicht."

Warum mit Getreide gehandelt?] „Auf Grund dieser Handschrift.“

Bestimmte Redensarten wie: aus armen Verhältnissen, bin nicht sprachlich veranlagt oder wo hernehmen und nicht stehlen, kehren ebenso wie ein nicht wahr? in der Rede stereotyp wieder.

Auffällig ist ferner eine stereotype Tendenz, schönklingende, besonders fremdsprachliche Ausdrücke anzuwenden wie Aetheressenz, transparent, Intoleranz, sowie eine Neigung zu barocken Umschreibungen. Der Kranke sagt einmal anstatt schwarz: olivenschwarzgrün, für Hörrohr: Tragweite und Fernhörer. Auch gefällt er sich in neuen Wortbildungen. Solche sind z. B. „ballmäßig, dickpantschmäßig und Wimmelwahr“.

Unter den Störungen der Wortdiktion begegnen wir noch einem psychologisch wertvollen Symptom. Der Patient wendet oft, wenn er von sich selbst spricht, die dritte Person an: „Man ist befangen, man hat dazu keine Anlage“ (nämlich eine vorgelesene kurze Geschichte nachzuerzählen, wie verlangt wurde). „Die Handschrift dieses jungen Mannes“ wird für „meine Handschrift“ gebraucht. „Das ist zu schwer für diesen jungen Mann“ (Rechenaufgabe zu lösen). Sonderbar sind auch zwei aus der Krankengeschichte stammende Aeußerungen des Patienten. „Ich muß doch aus dem Offizierstande austreten, damit ich mir das Leben nehme und Hermann tot ist“ und „Mein herzlichstes Beileid, daß Hermann im Friedrichshain an Lungentuberkulose gestorben ist.“ Hermann ist der Vorname des Kranken.

Auch Störungen der Syntax sind bei dem Patienten vorhanden. Der Kranke spricht oft gar nicht in Satzform. Er gibt an „die Glocke“ von Schiller in der Schule gelernt zu haben. Was wissen Sie noch davon?] „Feuer in der Erde . . . große Verwirrung . . . helles Feuer . . . Kurzschluß . . . seitdem Feuer auf der Welt . . . seitdem ist die Welt mit Brettern vernagelt.“ Dieses Beispiel zeigt übrigens auch die Perseveration deutlich.

Die Satzverknüpfung ist stets sehr mangelhaft. Die Wörter und, dann und da bilden das dürftige Bindungsmittel endloser Satzketten.

Fall II. Der Patient H. S., am 18. Oktober 1907 aufgenommen, ist ein vierundzwanzigjähriger Kanonier. Schon am Ende seiner Dienstzeit, im November 1906, ist den Vorgesetzten sein absonderliches Wesen aufgefallen. Gröbere Geistestörungen sind erst Ende September 1907 bemerkt worden.

Als Schüler zeigte der Patient mäßige Begabung; seine Bildung soll höher als der Durchschnitt derjenigen seiner Kameraden gewesen sein.

Ueber den momentanen psychischen Zustand des Kranken kurz folgendes: das Tempo der Ideenassoziation ist träge, der Ideenzusammenhang zeitweise stark gelockert. Wahnvorstellungen und Halluzinationen treten im Krankheitsbilde ganz zurück. Zeitweilig Erregungszustände; während meiner Untersuchung Stimmung ruhig und heiter. Körperliche Symptome bietet er von einigen Druckpunkten abgesehen nicht.

Der Kranke spricht mäßig laut; nicht selten geht seine Rede in unverständlichem Gemurmel unter. Bei wechselndem Redetempo sind Höhe der Stimme, Klangfarbe und Resonanz nur dürftig nuanciert.

Die Handschrift ist nachlässig, bietet sonst keine Abweichungen von der Norm dar.

Die Artikulation des Spontansprechens ist zeitweise verwaschen, es werden Silben verschluckt. So sagt er „Fremlegion“ statt Fremdenlegion, „juns“ statt junges. Beide Störungen konnte ich nur an einem Tage beobachten. Längere Worte werden korrekt nachgesprochen, und hier und da tritt bei der Vokalisation des **f** und **sch** ein Hesitieren auf.

In den schriftlichen Aeußerungen finden sich konstant Störungen der Artikulation. Er schreibt „af“ für auf, „heiß“

für heißt, „Kon“ für Kanonier. Ganze Worte werden ausgelassen: „es hebt . . . jede Brust, Deutschland über alles in . . . Welt.“

Aus einem niedergeschriebenen Soldatenliede stammen die Zeilen:

„und forne an der Spitze schreit (et) das Trompeter Cohr von ihrem hohen Sitze und blaßt uns etwas . . . .“

Ein Silbenversetzen habe ich niemals wahrgenommen, dagegen einmal das willkürliche Einfügen eines Buchstabens in ein Wort: „gelblitzet“ für geblitzet. Trotzdem der Patient auf meine Aufforderung hin die an verschiedenen Tagen angefertigten Schriftstücke wiederholt vorlas, bemerkte er die Fehler nicht. Längere Paradigmen schreibt er nach Diktat fehlerlos.

Die Wortproduktion des Patienten ist herabgesetzt; wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, war sie in den Erregungszuständen gesteigert.

Unmittelbare Wortwiederholungen sind im Spontansprechen nicht zahlreich, am häufigsten werden Teile der an den Kranken gerichteten Fragen wiederholt, dreimal und öfter. Auf die Frage: Haben Sie Freunde?] murmelt er vor sich hin: „Freunde . . . Freunde . . . Freunde . . .“, um dann einige Namen zu nennen. Unterschied zwischen Korb und Kiste?] „Korb und Kiste, Korb und Kiste“ u. s. f.

Auffälliger als das genannte Symptom ist ein stereotypes Wiederkehren bestimmter Worte und Redensarten in Antworten und spontanen Aeußerungen. So pflegt der Patient, nach seiner Krankheit befragt, stereotyp „Hühneraugenleiden“ zu entgegnen. Mit einem „Man riskiert was“ oder „klar auf der Hand“ unterbricht er wiederholt seine Rede. Andere Worte, die er mit Vorliebe gebraucht, sind z. B. „Knabe, kerniger Junge, Schäfchen“.

In eigentümlicher Manier vergreift sich der Patient im Ausdruck. Das Blatt vom Abreißkalender nennt er „Billet von Schießschule“, den Papierkorb einen „Eimer“, das Glas

einer Taschenuhr ein „Wetterglas“. Indem er auf eine Matratzenerhebung seines Lagers deutet, ruft er aus: „Hier hab ich einen Sattel unter mir, einen Eselsattel.“ Aehnlich fährt er im Personenbenennen öfters vorbei. Der Krankenwärter ist „ein Bruder Gottlieb“. Seine Mutter bezeichnet der Patient als „flattrig, latschig“.

Eine Neigung zu bizarren Wortbildungen, die hier und da auch dem Vorbeireden zugrunde liegt, läßt den Kranken von einer Anziehungsperiode, Arbeiter-Zentrie, von einem Brustblatt, einem Mitroskop sprechen.

Die Störungen der Syntax, die die Sprache des Patienten aufweist, beschränken sich auf Satzbildung und Satzverknüpfung. Ein fast totaler Ausfall der Satzbildung besteht während der Erregungszustände des Kranken. Dann werden oft nur einzelne Worte hervorgestoßen: „Der Guß ist fertig . . . der Damenkopf . . . Gesang am feurigen Ofen . . . Kessel ist geschützt . . . Magnet . . . Käfig . . . Holzkäfig . . . und dann die Station.“

Aber auch ohne erregt zu sein, spricht er häufig in Satzrudimenten. Seine Redeweise ist derjenigen eines Kindes ähnlich, wenn er erzählt „Busen abgebrannt . . . zwei Kartoffelweiber verfolgt“, oder auf die Frage, wo er während seines Herumvagierens übernachtet habe, zur Antwort gibt: „Strohhaufen geschlafen, Pferdestall . . . nein Sicherheitsstand.“

Der kindlichen Redeweise entspricht auch die Verknüpfung von Sätzen: „Und im Lazarett habe ich ein Messer gefunden . . . da stand darauf „Hyäne“, und das ist bloß wegen des ältesten Bruders, und das ist eine — wie soll ich sagen — bedarf . . .“

Auf die zahlreichen Dyslogien der Laut- und Schriftsprache näher einzugehen, würde zu weit führen.

Fall III. Der Patient Herman S. ist ein neunzehnjähriger Möbelpolierer, kongenital luetisch. Der Beginn seiner Geisteskrankheit fällt in den November 1906. Von

Januar bis April 1907 war er zur Beobachtung seines Geisteszustandes in der Charité, am 21. Oktober 1907 erneute Aufnahme.

Er hat auf der Schule gut gelernt; seine Bildungsstufe ist eine relativ niedrige.

Physischer Status: Bei trägem Tempo der Assoziation dürftiger Ideenzusammenhang. Keine Wahnvorstellungen. Bewegungsdrang mit stumpfer Teilnahmslosigkeit abwechselnd. Während der Untersuchung war der Kranke apathisch. Keine ausgeprägten motorischen Symptome.

Der Patient spricht im allgemeinen leise. Das Redetempo ist nicht verlangsamt, zeigt aber wie die Lautheit der Stimme, Timbre und Intervall der Lautsprache auffallend geringe Nuancierung. Die Handschrift ist korrekt.

Störungen der Artikulation treten im Spontansprechen gar nicht, bei dem Versuch, längere Paradigmen nachzusprechen, selten hervor. Konstant sagt der Kranke Schellschifffflosse, obwohl das Wort ihm wiederholt richtig vorgesprochen wird. Er schreibt auch stets „schiff“ für „fisch“, wenn die vorausgehende Silbe mit einem „sch“ beginnt. Das r der Silbe „Bri“ erzeugt perseverierend ein „Brigarde“, das l der Silbe „schlepp“ ein „schleppschliffahrt“. Auf das Verwechseln von b und p, von t und d lege ich bei dem Bildungsgrade des Kranken kein Gewicht.

Was die Wortdiktion des Patienten angeht, so ist die Tätigkeit des Wortproduzierens ziemlich erheblich eingeschränkt. Spontan spricht er selten.

Während in seinen mündlichen Aeußerungen unmittelbare Wortwiederholungen nicht oft beobachtet werden — der Kranke sagt z. B. Wenn wir können machen, wenn wir können machen, vielleicht können wir was rauskriegen —, so ist ein stereotypes Wiederkehren von Worten und Redensarten wie „gewiß, und so, man denkt sich, man sagt sich, das ist wieder solche Sache“ recht markant.

Die Neigung zu Verallgemeinerung, schon in dem häufig

angewandten „man“ erkennbar, ist bei unserem Kranken noch stärker ausgeprägt als bei dem Patienten H. R. An einem Versuchstage wurde das Pronomen „ich“ konsequent vermieden. Haben Sie Appetit?] „Mal ißt der Mensch viel, mal ißt der Mensch wenig.“ Unterschiedsfragen werden beantwortet mit einem „Muß sich der Mensch überlegen, der Mensch ist unsicher dabei oder der Mensch weiß sich selber nicht zu helfen“ usw. Infolge solcher verallgemeinernder sprachlicher Ausdrücke erscheint die Rede als farblos, monoton. Hier und da wird diese Monotonie durch barocke Redewendungen, verschrobene Umschreibungen, auch Wortneubildungen unterbrochen. „Die Gesichtslage muß man verändern, sich alles vom Halse schwindeln, einen richtig scharfmachen“. Die Eltern sind „über den Jordan“ (gestorben). Der Lehrer „krakelt mit dem Knüppel“. Man „diftilliert“ sich was aus. Den Spiegel nennt er „eine Polierplatte“.

Die Syntax ist bei dem Patienten nicht wesentlich gestört. Ich möchte kurz auf folgendes hinweisen. Die Form der einzelnen Sätze ist leidlich gut erhalten, dagegen die Satzverknüpfung meist eine sehr mangelhafte. Die wenigen Satzverbände, die der Kranke anwendet, zeigen wiederum vielfach eine stereotype Form: „Der eine tut dies, der andre tut das. Ob Leutnant oder Arbeiter, es sieht doch alles wie Holz aus. Die Stillen werden zuerst totgeschossen, aber die Lärm machen, kriegen nichts“ usw.

Fall IV. Die Patientin H. R., am 15. November 1907 aufgenommen, ist ein zwanzigjähriges Dienstmädchen. Es sind Geistesstörungen bei ihr zuerst Anfang dieses Monats bemerkt worden.

Die Kranke war eine schlechte Schülerin, hat nur geringe Bildung.

Tempo der Ideenassoziation träge, Ideenzusammenhang erheblich gelockert. Vereinzelt Wahnvorstellungen. Zu Beginn ihres Aufenthaltes in der Charité Erregungszustände.

Während der Untersuchung war die Patientin ruhig. Keine körperlichen Symptome von Bedeutung.

In der Erregung sprach die Kranke laut in schnellem Tempo, einzelne Worte werden hervorgestoßen, bei indifferenter Stimmung leise und zögernd, stets mit monotonem Ausdruck. Die Handschrift zeigt keine Veränderungen.

Artikulationsstörungen können beim Spontansprechen gar nicht beobachtet werden. Diejenigen des Nachsprechens sind geringfügig. Das Nachsprechen längerer Wörter fällt ihr schwer; sie hesitiert bei Silbenanfängen, zerhackt auch wohl ein Wort beim Wiederholen desselben. So sagt sie dritte rei . . . tende Artille . . . rie . . . bri . . . gade.

Spätere Untersuchungen fanden auch das Nachsprechen fehlerfrei.

Die nachgeschriebenen Paradigmen zeigen wie die übrigen nach Diktat angefertigten Schriftstücke keine bemerkenswerten Störungen.

Die Tätigkeit des Wortproduzierens war anfangs gesteigert, zur Zeit der Untersuchung eher herabgesetzt.

In den Aeußerungen der erregten Kranken kehren bestimmte Worte wie „Verbrechen, Mord, Dumme“ stereotyp wieder. Dieses Hängenbleiben an einmal erregten Vorstellungen äußert sich auch sonst in der Rede.

„Ich bin doch kein Affe, ich habe mal einen Affen gesehen.“ „Ich werde gehängt, es ist gut, wenn ich gehängt werde.“ Patientin sieht drei elektrische Lampen vor sich.

Wann in Nordhausen gewesen?] „Als dreijähriges Kind.“ Wann vergiftet?] „Als dreijähriges Kind. Ja das weiß ich nicht, ob er mich vergiftet hat. Drei Figuren seh ich.“ Was sind das für Figuren?] „Drei Gaslampen.“

Was die einzelnen in der Rede gebrauchten Worte betrifft, so fallen einige verschrobene Aeußerungen auf. Sie sagt z. B. „Ich bin doch kein ausstudierter Jude.“ „Ich bin von dem Fräulein P. überkandidelt.“ „Am ganzen Leibe

verschnitten.“ Eine Person bezeichnet sie als „ollen Phantasiekasten“.

Die grammatische Wortformung ist nicht gestört, die Konstruktion des Satzes leidlich gut, ein Defekt der Satzanwendung nicht nachweisbar. Die Verknüpfung von Sätzen ist meist sehr mangelhaft. Die in der Erregung produzierten Sätze sind zuweilen völlig voneinander isoliert: „Fort mit Euch! . . . Wo steckt er, wo ist er? . . . Das sind doch keine Verbrechen . . . Du bist nc Gans . . .“ usw.

Fall V. Die Patientin G. A., aufgenommen am 11. Dezember 1907, ist eine dreiundzwanzigjährige Arbeiterin. Die ersten Anzeichen von Geistesgestörtheit fallen in den beginnenden Oktober des Jahres.

Auf der Schule hat sie nur mittelmäßig gelernt. Ihre Bildung ist eine leidlich gute. Psychischer Status: Tempo der Ideenassoziation beschleunigt, der Ideenzusammenhang ist bald sehr gering, bald stärker gelockert. Keine Wahnvorstellungen. Gesteigerte motorische Aktion, auch während der Untersuchung.

Die Sprechweise der Kranken ist auffällig geziert. Daneben besteht überall die Neigung, die Art zu sprechen willkürlich zu ändern. Unvermittelt wird eine Exspiration für die Sprache abnorm lange verwertet, nicht selten auch während einer Inspiration phoniert; bei plötzlich veränderter Resonanz wird die Stimme flötend. Infolge allmählich gesteigerter Akzentuation und Vergrößerung der Tonintervalle geht die Rede in Deklamation oder Gesang über, während die Kranke eine theatralische Pose annimmt, mit den Händen gestikuliert oder im Zimmer herumtanzt. Die zahlreichen Verbeugungen werden von einem Indielängeziehen bestimmter Vokale beim Sprechen begleitet. „Haben Sie die Gü—te, Guten A—bend, Erlau—ben Sie.“ Zu den Sprechmanieren gehört noch ein Einflicken fremdsprachlicher Ausdrücke in die Rede. „j'aime mille fleurs, Weit von hier,

loin loin d'ici, Bon jour, monsieur, Good night, Allegretto, Andante" usw.

Das Bild der gestörten Sprechweise war an drei Untersuchungstagen das gleiche.

Die Handschrift der Patientin zeigt, wenn auch nicht so konstant, gleichfalls charakteristische Störungen, im besonderen, sobald ein fremder Einfluß auf die schriftliche Produktion stattfindet. So schreibt die Kranke vorgesagte Sätze in großen lateinischen Buchstaben nieder. Die Schriftproben vom 23. und 25. Januar (Fig. 4), dem Krankenjournal entnommen, lassen eine den Störungen der Sprechweise analoge Maniriertheit deutlich erkennen.

Die Artikulation des Spontansprechens ist, soweit sie nicht unter den oben angeführten willkürlichen Entstellungen leidet, durchaus intakt. Beim Nachsprechenlassen von Paradigmen stößt die Untersuchung auf Schwierigkeiten. Diese finden in der Ablenkbarkeit der Patientin ihre Begründung. Sie kommt von Fisch auf „Hummer, Austern und Lachs", von Dampfschiffschleppschiffahrt auf „Damen tragen Schleppen" usw. oder wirft die vorgesprochenen Paradigmen willkürlich durcheinander. So entsteht eine „Schleimige Schleppschiffgesellschaft". Erst nach mehreren mißglückten Versuchen gelingt es, ein korrektes Nachsprechen zu eruieren. Störungen der schriftlichen Wiederholung komplizierter Wörter sind nicht nachweisbar.

Die Tätigkeit des Wortproduzierens ist stets mehr oder minder gesteigert.

Unmittelbare Wort- und Satzwiederholungen sind ziemlich häufig. „Ich bin—bin—bin—bin. Da hab ich nie—da hab ich nie—da hab ich nie dran gesessen. Alles ist hier——alles ist hier—alles nehmen sie mir fort. Warten Sie——warten Sie—warten Sie."

Mit Bitte sehr, Danke sehr, Warten Sie und Sehen Sie ist die Rede gefüllt. Sprichworte wie Rast ich, so rost ich, Uebung macht den Meister und Sentenzen mannigfacher

Herkunft werden wie bedeutungsvolle Abstrakta (Wille, Freiheit, Liebe) und Fremdwörter (Elektrizität, Magnetismus, Barometer) bei jeder Gelegenheit produziert. Dabei führt der Redefluß oft merkwürdige Kontaminationen herauf, etwa: „Der Wahn ist kurz, die Reu ist lang, drum armes Herze sei nicht bang.“

Charakteristisch für die Wortdiktion der Patientin ist eine Tendenz zu Metaphern — die Wärterinnen werden als „neugierige Nachtigallen“ bezeichnet — sowie zu dekorativen Umschreibungen und Anhängseln. Anstatt „Wie Sie wünschen“ sagte sie: „Ganz wie Sie mögen zu wünschen belieben.“ Die Farbe ihrer Lippen ist „korallenrot“, diejenige des Haares „goldblond“, das Kleid „vergißmeinnichtblau.“ Die Sucht, sich gewählt auszudrücken, legt der Kranken absurde Wortneubildungen in den Mund wie „Kilometerwasser“ oder „Schwindelkatheter“.

Störungen der Syntax sind bei der Patientin nicht nachweisbar, im besonderen ist die Form der einzelnen Sätze korrekt.

Fall VI. Bei dem Patienten W. S., einem zwanzigjährigen Tischlerlehrling, ist schon im Jahre 1902 eine Veränderung des Wesens merklich geworden. Seit dieser Zeit bestehen Angstzustände, vereinzelt Wahnvorstellungen. Aufgenommen wurde er am 16. Dezember 1907.

In der Schule lernte er befriedigend, seine Bildung ist eine leidlich gute.

Während das Tempo der Ideenassoziation nicht wesentlich verlangsamt erscheint, ist die Ideenkombination erheblich geschädigt.

Stimmung während der Untersuchung heiter, mäßig erregt.

Körperliche Symptome zeigt er außer zeitweiliger Neigung zu barocken Bewegungen nicht.

Die allgemeine Sprechweise des Kranken bietet nur geringe Abweichungen von der Norm. Er spricht meist hastig,

mäßig laut, in mittlerer Tonhöhe, monoton. Seine Handschrift ist durchaus korrekt.

Die Artikulation erschien am ersten Untersuchungstage beim Nachsprechen von Paradigmen gestört. Der Patient bot Hesitieren und Silbenstolpern, so sagte er Schleimige F—ellsch—iffsch—flosse. Später habe ich diese Störungen niemals beobachtet.

Nach Diktat schreibt er auch komplizierte Wörter fehlerfrei.

Die Wortproduktion ist zeitweise gesteigert. Was der Kranke aber erzählt, das erzählt er dreimal und öfter. Auch unmittelbare Wort- und Satzwiederholungen sind in der Rede auffällig. „Den Namen, den Namen hab ich vergessen, den Namen hab ich vergessen.“ „Das gefällt mir, das gefällt mir, so etwas gefällt mir gut.“ „Immer treu, immer trêu, üb immer Treu und Redlichkeit.“

Der Kranke liebt es, sich gewählt auszudrücken: „Das Herz lacht ihm im Leibe.“ Er möchte gern „etwas Standfestes dichten“, „die Wahrheit herausdichten“; freut sich an „taktfester Musik“. Zuweilen ist ihm zu Mute, „als ob mein eigen Fleisch und Blut versucht würde“.

Die Störungen der Syntax sind so geringe, daß ich sie hier gar nicht erwähne. Es sei bemerkt, daß die Satzkonstruktion fast durchweg korrekt, die Satzverbindung immer eine leidlich gute ist.

Fall VII. Die Patientin F. P., ein siebzehnjähriges Dienstmädchen, zeigte Geistesstörungen zuerst Ende Dezember 1907. Aufgenommen wurde sie am 28. Dezember des Jahres. Patientin war eine gute Schülerin, steht auf relativ niedriger Bildungsstufe.

Momentaner psychischer Status: Tempo der Ideenassoziation mehr minder träge, Ideenzusammenhang erheblich gestört. Inkohärente Wahnvorstellungen. Erregungszustände, sonst keine körperlichen Symptome. Starker Negativismus bei der Untersuchung.

Spontan habe ich die Kranke gar nicht sprechen hören, ihre Antworten auf Fragen sind äußerst dürftig.

Ueber ihre Sprechweise findet sich ein Vermerk im Krankenjournal vom 31. Dezember: „Alle Aeußerungen langsam mit monotonem Ausdruck, oft Flüstern, dann unverständlich, weigert sich auf Befragen, laut das Geflüsterte zu wiederholen, bricht oft im Satze ab.“

Die Handschrift erscheint korrekt.

Die Artikulation der Patientin zeigt beim Versuch, Paradigmen nachzusprechen, zeitweise literale und syllabare Störungen. Sie sagt z. B. „Dampfschiffahrt—schleppsch——iff—ahrtgesellschaft“. Auf Diktat schreibt sie: „Damen Dampfschiffschleppschiffaf Dampfschiffahrtsgesellschaft.“

An anderen Untersuchungstagen waren die Artikulationsstörungen weder in mündlichen noch schriftlichen Aeußerungen nachweisbar.

Was die Wortdiktion der Kranken betrifft, so habe ich den Mutismus bereits erwähnt. Während der Erregungszustände war die Wortdiktion gesteigert. Auffällig ist in reflektorischen wie in spontanen mündlichen Aeußerungen eine Perseveration im sprachlichen Ausdruck. Die folgenden Beispiele sind sämtlich dem Krankenjournale entnommen.

Zuruf: Gold] Gold ist Silber, Silber ist Reden, Reden ist Gold. Andere Zurufe werden echoartig wiederholt. Fisch] Fisch, Tisch] na Tisch, Hochzeit] Hochzeit usw. Spontan: „Ich kann doch kein Wasser weihen, Wasser ist Wasser, Luft ist Luft.“ „Wenn der die Scheibe sieht rein, dann bist du rein, dann platzt ne Bombe, was ist die Bombe?“

Vom 30. Dezember: „Ist mein Wilhelm, du kannst singen . . . ich liebe nicht . . . Liebesglück . . . ich liebe dich . . . ein König gibt ihm Glück, Lysol. Das ist der Reißzapfen . . . ich habe ja bloß an Wahnsinn gelitten . . . man lasse mir doch meine Leber . . . ob ich was hab gebrochen, dann will ich die Leber, den ich liebe . . . hier stehe ich . . .“ später: „Hier ist die Liebe, aber feste das ist das kannst du nicht

glauben, was hab ich gefunden Glück Liebe . . . ich habe schon einmal angeklopft . . . hier, Anna, da klopft das böse Gewissen (es klopft an der Tür) . . . das ist der Lutschfleck hier . . . Liebe Erziehung Gott ist der Deibel . . . Mutter ist blu— das ist mein Glaube, die Hand bezeugt es, das sind fünf Finger (zeigt die Hand)."

Neben der Perseveration zeigt die soeben wiedergegebene Rede merkwürdige Wortneubildungen (Reißzapfen, Lutschfleck). Andere formale Sprachstörungen, die diese Aeußerungen hie und da erkennen lassen, werden später noch berücksichtigt.

Eine stereotype Tendenz, bedeutsame Worte wie Gott, Teufel, Glück, Liebe anzuwenden, läßt die Kranke offenbar „vorbeireden", wenn sie aufgefordert wird Gegenstände oder Personen zu bezeichnen. Der Ventilator wird „Schatten" und „Telephon" genannt. — Eindringliche Fragen eruieren die richtige Bezeichnung— der Arzt ist „Teufel", die Oberwärterin „Kaiserin". Milch ist „abgekochtes Wasser mit Spiritus". Auch liebt die Patientin bizarre Sätze wie „Oben zuckt mein Nerv nicht".

Störungen der Syntax sind bei der erregten Kranken markant.

Den oben angeführten spontanen Aeußerungen möchte ich zur Illustration dieser Störungen noch einige hinzufügen.

„ . . . Der Ganze Körper — Habe ich schlechte Zähne? Wollte mich jemand vergiften? Geld oder Teufel, es gibt ja gar kein Geld. Bin ich hier im Kerker? Ich kann doch kein Wasser weihen . . ." — Gefragt, warum sie zur Decke starre?] „Die Kerker . . . Wahnsinnsanfall . . . ich bin nicht nervenschwach, ich bin nervös . . ." „Verlassen . . . Ich muß jetzt . . . kannst du nicht kommen . . . Feuer und Hölle . . . alles . . . verlassen, wenn du kommst . . . ich will ja, kann ja nicht . . . das ist . . . kannst du nicht . . ."

Fall VIII. Bei dem achtzehnjährigen Arbeiter A. Sp., der am 8. Januar 1908 aufgenommen wurde, hat sich etwa im

Dezember 1907 beginnend eine Dementia hebephrenica auf dem Boden der Debilität entwickelt.

Der Patient war ein schlechter Schüler, steht auf niedriger Bildungsstufe. Träger Ablauf der Ideenassoziation, starker Kombinationsdefekt. Bunte Wahnvorstellungen, meist persekutorischen Inhalts. Außer Erregungszuständen keine körperlichen Symptome.

Während der Untersuchung war der Kranke ruhig, zeigte permanent unmotivierte Heiterkeit.

Der Patient spricht langsam, oft schleppend, mäßig laut mit monotonem Ausdruck. Seine ganze Sprechweise hat etwas Läppisches.

Die Handschrift ist kindlich unbeholfen.

Artikulationsstörungen sind beim Spontansprechen recht markant. Er hesitiert und stottert bei Silbenanfängen, auch werden Konsonanten am Wortende nachgezogen und wird die Sprache durch allerlei Einschiebsel verunreinigt. Die folgenden Beispiele mögen die Störungen demonstrieren. Der Kranke sagt: „Das sch—tarker Mann; sie k—k—k——kommen; r—r—rot; j—j—j—jetzt; d—d—d—da hab ich——ch—che; un—un—un—und; da—da—das weiß ich nicht; w—enn—er—en—en—en sie kommen an der—e—de—an der Tür; da—die—ne ich bin; en—de—de—daß we—w—enn wenn wer mir—mer—war wollte totmachen."

Das Hesitieren und Stottern tritt nicht bei der Vokalisation bestimmter Konsonanten auf und macht nicht den Eindruck des gewöhnlichen spastischen Stotterns. Mitbewegungen anderer Körperteile fehlen gänzlich. Die Artikulationsstörungen des Spontansprechens konnte ich an jedem Untersuchungstage gleichmäßig beobachten. Sie nehmen nicht zu, wenn man die Aufmerksamkeit des Kranken auf die Sprache lenkt, vermindern sich dann eher.

Beim Nachsprechen komplizierter Wörter treten Artikulationsstörungen nur mäßigen Grades auf. Ein Hesitieren bei Fisch und Schiff ist ebenso wie ein Silbenstolpern nicht

konstant. Zuweilen werden die Paradigmen zusammengeworfen, z. B. eine „Schleimige Sch—ellgesellschiffsflosse“ produziert.

Wir müssen bei der Beurteilung letztgenannter Störungen der Debilität Rechnung tragen. Die Störungen der schriftlichen Produktion sind so offenbar für den Schwachsinnigen charakteristisch, daß ich nicht wage, sie den Sprachstörungen bei der Dementia hebephrenica einzureihen. Der Kranke macht beim Nachschreiben einfacher Worte und Sätze die gröbsten Fehler.

Die Wortdiktion des Patienten ist in ähnlicher Weise wie diejenige der vor ihm untersuchten Frühdementen gestört. Die Tätigkeit des Wortproduzierens ist eingeschränkt.

Stereotyp wiederholen sich die Antworten auf meine Fragen: Das weiß ich nicht, das kann ich nicht oder selbstverständlich.

Stereotyp tauchen in den spontanen Aeußerungen eigentümlich romantische Vorstellungen auf. Er hat den „Sensenmann“ gesehen, hat „Lucifer“ beschworen. Gern kürzt er diesen Namen ab, sagt nur „Luxus, Luci oder Lux.“

Er liebt es ferner, in der Rede barocke Umschreibungen anzuwenden. Für „Es kam mir der Gedanke“ sagt er „Es kam mir ins Gewissen“. Für „bummeln“ soll er früher häufig den Ausdruck „luden“ gebraucht haben. Eine ständige Redensart war eine Zeit lang nach Angabe des Bruders „denkste ich bin hier?“, wobei er auf seine Stirn deutete.

Eine Neigung zu Uebertreibungen im Ausdruck läßt den Patienten einen Unterarzt als Kaiser, einen Mitpatienten als Kronprinzen, mich selbst als Obersten von den Aerzten und Oberdoktor bezeichnen.

Auch im Gegenstandsbenennen tritt die Manier des „Vorbeiredens“ auf. Die Farbe der Tinte wird erst blond, dann richtig schwarz genannt, der Ventilator ist eine „Luftröhre“.

Bei dem niedrigen Bildungsgrade des Kranken sind die

Verfehlungen gegen die Syntax nicht schwerwiegend. Ich möchte nur erwähnen, daß häufig Satzrudimente auftauchen wie etwa: „Werde doch von keinem auslachen lassen", „Das starker Mann, Teufel". „Pastor gekommen", „Zu Gott bekehrt".

Fall IX. Die Patientin H. Fr., am 13. Januar 1908 aufgenommen, ist eine dreiundzwanzigjährige Arbeiterin. Mitte Dezember 1907 ist zuerst eine Veränderung ihres Wesens aufgefallen.

Das Lernen auf der Schule ist der Kranken nicht schwer geworden, sie besitzt eine leidlich gute Bildung.

Tempo der Ideenassoziation wenig herabgesetzt, Ideenzusammenhang bald mehr bald weniger gelockert. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen treten im Krankheitsbilde zurück. Außer zeitweise gesteigerter motorischer Aktion sind körperliche Symptome nicht vorhanden.

Ich beobachtete die Kranke, wie sie erregt im Bett stehend ununterbrochen redete. Die Sprache ist einförmig laut, nicht selten schreiend, das Redetempo mäßig schnell, zeitweise verlangsamt. Die Wortbetonung wird vielfach übertrieben, ja der markierte Rhythmus noch durch Faustschläge gegen die Holzwand des Bettes bekräftigt. „Síehste, da háste die Kíste." „Nicht so láut, hier wird gebáut." Vokale werden gern in die Länge gezogen, hie und da wird die Stimme singend. In Verbindung mit der monotonen Lautheit der Rede gibt die Manier, sich der Berliner Mundart zu bedienen, der Sprechweise ein charakteristisches Gepräge von Roheit.

Schreibproben besitze ich leider von der Kranken nicht. Ich selbst habe wiederholt vergeblich sie zum Schreiben zu veranlassen versucht.

Artikulationsstörungen des Spontansprechens fehlen gänzlich.

Was das Nachsprechen von Paradigmen angeht, so variierten die Untersuchungsergebnisse an den verschiedenen

Tagen, an denen die Kranke ruhig war. Bald zeigte sich Hesitieren und Silbenstolpern, besonders beim Nachsprechen des Wortes Dampfschiffschleppschiffahrt. So sagte sie Dampfsch—iffsch—liffahrt, ein andermal Dampfsch——liff—scheffschleppfahrt. Bald war das Wiederholen ganz fehlerfrei.

Die Tätigkeit der Wortproduktion fand ich herabgesetzt bei indifferenter Stimmungslage. Dann spricht die Kranke spontan sehr wenig, gibt auch auf Fragen nur einsilbige Antworten. Im Erregungszustande dagegen ist die Wortproduktion erheblich gesteigert. Viele Worte und Sätze werden wiederholt, dreimal, viermal und öfter: „Is mir egal, is mir egal, is mir egal, und wenns brennt.“ „Feuer, Wasser, Kohle brennt, brennt, brennt, brennt.“ „Ich sticke hier bald, ich sticke hier bald, gestickt habe ich viel.“

Die folgenden Untersuchungsergebnisse betreffen das Spontansprechen der erregten Patientin. Neben den unmittelbaren Wort- und Satzwiederholungen fallen stereotyp in der Rede wiederkehrende meist obscöne Worte auf wie ekelhaftes Aas, Sau, Schnauze, Gestank, die Interjektionen allez hop! Ab Ballet! Alle Wetter!; auch Redensarten wie „Siehste da haste die Kiste“, „Wer nicht hören will muß fühlen“, „Schon wieder eine Seele gerettetet, gerettetet“.

An einem Tage erhielt ich auf die verschiedensten Fragen stets die stereotype Antwort: „Ick weß ja alles ganz genau.“ Hie und da tauchen eigentümlich barocke Ausdrücke in der Rede auf wie „Immer noch stille Pantomime“, „Fräulein mit den blonden Wuschelhaaren.“

In dem Krankenjournal wird berichtet, sie habe ihren Schwager einmal „Napfkuchen ohne Loch“ genannt.

Auch Neologismen wie Schaukelbank werden gehört.

Die Störungen der Syntax liegen in einer ausgesprochenen Beschränkung des Satzgebrauchs.

„Allez hop! . . . Hinsetzen . . . Bin doch keine Katze. Schon wieder eine Seele gerettetet, gerettetet . . . schießen

. . . drei vier fünf sechs . . . immer noch so . . . alle Wetter . . .“ So geht es in ermüdender Eintönigkeit fort. Auf Anzeichen von Sprachverwirrtheit wie auf den einseitigen Assoziationsablauf in der Rede kann ich nicht eingehen.

Fall X. Die Patientin G. M., eine zweiundzwanzigjährige Näherin, ist am 17. Januar 1908 aufgenommen worden. Es haben sich schon Anfang Januar 1907 Veränderungen ihres Wesens bemerkbar gemacht.

Die Kranke hat auf der Schule nur mittelmäßig gelernt, steht auf keiner besonders niedrigen Bildungsstufe.

Das Tempo der Ideenassoziation ist träge, der Ideenzusammenhang ein dürftiger. Zerstreut treten unmotivierte Wahnvorstellungen auf. An motorischen Symptomen bietet die Patientin angedeutet Katalepsie, Neigung zu Stereotypien der Körperhaltung.

Während meiner Untersuchungen meist indifferente Stimmungslage, zeitweise Depression.

Die Kranke spricht mäßig laut. Tempo und Tonfall der Rede zeigen wie die Lautheit der Stimme nur wenig Nuancierungen. Die Handschrift ist nachlässig.

Das Spontansprechen ist von Artikulationsstörungen frei.

Beim Nachsprechen längerer Wörter ist — nicht konstant — ein Hesitieren zu beobachten, besonders bei Sch und F.

Erheblicher ist das Nachschreiben vorgesagter Paradigmen gestört. Ich habe an verschiedenen Tagen die Patientin aufgefordert, das richtig nachgesprochene Wort Dampfschiffschleppschiffahrt zu schreiben. Am ersten Untersuchungstage schrieb sie: Dammschlieffeschefahrt; es wird ihr das Wort wiederholt, darauf: Dammschliefschlieffahrt. An anderen Tagen Dampfschiffschliffschefahrt und Schleimfischschellfischflotten nach Vorsprechen und korrektem mündlichen Wiederholen des Paradigmas. Das Silbenstolpern in den schriftlichen Produktionen war konstant.

Das spontane Wortproduzieren ist herabgesetzt. Auch Antworten auf Fragen fallen meist mehr oder weniger dürftig aus. Im besonderen werden Personennamen, Namen von Städten, Gebirgen und Flüssen nach entsprechender Aufforderung selten reproduziert.

Unmittelbare Wort- und Satzwiederholungen in der Rede bleiben in den Grenzen des Normalen. Dagegen ist Echolalie ausgeprägt. Oft unterbricht die Kranke ihre Rede plötzlich, indem sie Worte und Redensarten von Mitpatientinnen aufnimmt. Patientin im Nebenzimmer: Wer?] G. M.: „Der Bär". Hebephrenica: „Ich dächte, hier wird gespielt."] G. M.: „Ja, hier wird gespielt." Dieselbe Kranke: „Das ist Philosophie."] G. M. wiederholt: Philosophie.

Auf Unterschiedsfragen, assoziative Zurufe habe ich die Kranke häufig mit Wortwiederholung reagieren hören.

Stereotypien sind in der Rede relativ selten. Auffällig ist die stereotype Beantwortung der Fragen nach Allgemeinbefinden, Schlaf, Appetit usw. mit „Das wissen Sie ja."

Hie und da tauchen bizarre Ausdrücke auf wie etwa: „Ich bin doch kein Topkieker", „Ich brauche keine Wiederkäuer". „Mein Hals ist wie drei Knoten." Oder starke Uebertreibungen des sprachlichen Ausdrucks: „Wie ein Bund Flicken wird man fortgestoßen, auf die Erde geschleudert", „Der ganze Körper geschunden".

Was die Syntax betrifft, so habe ich zunächst in einem Briefe einen gröberen Verstoß gegen die Wortflexion bemerkt. Es heißt darin: „Meine verbindlichstes Dank". Eine Beschränkung des Satzgebrauchs in der Rede besteht nicht, die Form der einzelnen Sätze ist leidlich gut. Nur einmal findet sich in einer schriftlichen Aeußerung eine Verfehlung gegen die grammatische Satzform. Sie schreibt: „Nun Schluß, denn er (der Brief) soll weg, damit gleich morgen früh noch hast." Abgesehen von dem Verwechseln des noch und schon ist das Auslassen von Subjekt und Objekt beachtenswert.

Fall XI. Die siebenundzwanzigjährige Patientin E. R., am 21. Januar 1908 aufgenommen, hat zuerst Anfang November 1907 Krankheitserscheinungen dargeboten.

Auf der Schule hat sie schwer gelernt, ihre Bildungsstufe ist eine niedrige.

Bei trägem Tempo der Ideenassoziation, dürftigem Ideenzusammenhang Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Apathie, Haltungs- und Bewegungsstereotypien.

Die Kranke sitzt meist vor sich hinstarrend regungslos aufgerichtet im Bett, spricht spontan, während der Untersuchung gar nicht. Auf Fragen antwortet sie oft nur mit einem stereotypen Kopfschütteln, Nicken oder Achselzucken, ganz willkürlich, ohne auf den Sinn der Fragen zu achten. Wenn sie spricht, so geschieht es leise, ja flüsternd mit monotonem Ausdruck.

Die Handschrift zeigt keine pathologische Veränderung.

Die Artikulation erscheint nur beim Versuche, Paradigmen nachzusprechen, zeitweise in mäßigem Grade gestört. Sie sagt z. B. einmal Artilleriebi—bri—bir—brigade. Beim Nachschreiben komplizierter Wörter macht sie zuweilen Fehler. Sie schreibt: Dampfschifschlepschifdampfer, Schleime Schlefisch Flose und Schleimige schleffisch.

Das Silbenstolpern in den schriftlichen Aeußerungen ist jedoch nicht konstant beobachtet worden.

Die Wortproduktion ist herabgesetzt, nicht selten für eine bestimmte Zeit aufgehoben.

Auf assoziative Zurufe reagiert die Patientin mit Wortwiederholung, auch pflegt sie aus Fragen Worte flüsternd zu wiederholen: Sehen Sie jetzt einen Engel?] Einen Engel, einen Engel, nein, jetzt nicht. War der Lichtschein weiß oder rot?] Weiß oder rot. Wie sagten Sie, den Namen?] Den Namen?

Hie und da macht sich eine Perseveration in der Rede geltend wie z. B. in dem Satz: „Das ist nur so ein dumpfes Gefühl die Behandlung, wie ich hier behandelt werde.“

Die Ausdrucksweise ist vielfach eigentümlich barock: Sie ist „mit blauen Perlen angebunden", liegt „unter Silberkränzen". „In ihrem Leibe gehen kleine Teile richtig rauf und runter". In bezug auf ihre Kopfschmerzen meint sie: „Ich glaube, das löst sich runter". Sie spricht von „veranhalten" (wohl für an sich halten) vom „Knackern des Kopfes, knallen im Kopf", von einem „Schmelzherz", von „Schmelzfaden, die zur Haut heraushängen".

Bemerkenswerte Verfehlungen gegen die Syntax habe ich nicht beobachten können.

Fall XII. Der zwanzigjährige Kellner O. S., am 24. Januar 1908 aufgenommen, bot zuerst Anfang desselben Monats Zeichen von Geistesgestörtheit.

Auf der Schule hat er nur mittelmäßig gelernt, er ist nicht ungebildet.

Tempo der Ideenassoziation wenig verlangsamt, Ideenzusammenhang mäßigen Grades eingeschränkt. Wahnvorstellungen persekutorischen Inhaltes beherrschen das Krankheitsbild.

Keine körperlichen Symptome.

Stimmung, auch während der Untersuchung, gleichmäßig heiter.

Lautheit, Tempo und Tonfall der Rede zeigen nur geringe Variationen. Die Handschrift weicht eigentümlich von der Norm ab. Meist schreibt der Patient schräg, bald aber ganz steil in großen Lettern, die Buchstaben sind nicht selten auseinander gezogen. Das auf einem Bogen Niedergeschriebene hat im ganzen fast die Gestalt eines rechtwinkligen Dreiecks; die geschriebenen Zeilen nehmen von oben nach unten an Länge zu.

Im Spontansprechen treten Artikulationsstörungen auf. Ein Verschlucken von Endsilben: Möge statt Möglichkeit, Bedeut statt Bedeutung — und Stottern. Das Stottern findet sich konstant, im übrigen könnte zum Befunde das Gleiche wie bei dem Falle A. S. bemerkt werden. „Ich bin vo—vo—

—vor—von dem Gericht der Oeffentlichkeit preisgegeben.“ Wenn we—we—wir—wer wollte in Aufregung kommen.“ „Ver—ver—vermutmaßungen.“ „Un—un—und“. „Der Be——be—weis.“ Nachgesprochen wird, von einem leichten Hesitieren abgesehen, ohne Artikulationsstörung auch die schriftliche Produktion ist von solchen Störungen frei.

Die Tätigkeit des Wortproduzierens ist nicht herabgesetzt.

In mündlichen und schriftlichen Aeußerungen ist das Nichtloskommen von bestimmten Vorstellungen markant. Der Rede entnehme ich die Sätze: „Meine Anschauung und Ansicht ist, man kann daraus viel lernen und viel lesen.“ „Meine Arbeitsleistung, mein Charakter, meine Person ist ruiniert und zu Grunde gerichtet.“ „Meine Person verfolgt sich selbst, ich fühle mich selbst von mir verfolgt.“ „Dieser Gedanke ist wahr, und, was wahr ist, das sage ich und schreibe ich hin, was nicht wahr ist, das werde ich nicht schreiben.“ In seinem schriftlichen Bekenntnis heißt es: „Ich selbst bin hierher gekommen von meiner Mutter aus, meine Mutter hat mich hierher bringen lassen, ich selbst habe nichts davon gewußt . . .“

„Ich wollte mich untersuchen lassen, weil ich schon vorher einmal untersucht worden bin, und der Arzt hat mich soweit für gesund erklärt bis auf einen Gedanken, und dieser Gedanke ist der, der in der Oeffentlichkeit schwebt, dieser Gedanke ist allbekannt, dieser Gedanke ist . . .“

„In Berlin wohnte ich bei der Familie S., wo ich zuerst drei Wochen bei der Familie S. wohnte.“

In der Rede fällt ferner eine Neigung zu eigentümlich verschrobenen Ausdrücken auf. Ein Erlebnis bezeichnet er bald als malheur, bald als Witz oder kleine Geschichte. Man verfolgt ihn mit „Hurra und Schimpfung“. Seine Zähne haben einen „blassen Auswuchs“. Von seinem Schriftstück will er „eine andre Aufstellung“ machen.

Seine Wahnvorstellungen begründet der Kranke Ein-

wänden gegenüber kaum anders als mit farblosen Phrasen: „Es ist alles schön und gut“. „Es ist sprichwörtlich.“ „Es kommt natürlich darauf an.“ „Es hat ja natürlich Bedeutung, wie die Sache liegt.“ „Es mag sein, daß es vielleicht etwas ist, das . . .“ usw.

Die Syntax zeigt keine hervorstechenden Abweichungen von der Norm. Erwähnenswert ist vielleicht eine Gleichgültigkeit der Wortstellung im Satze gegenüber.

„Aber die durch unglückliche Geschäfte zu einem armen Stand der Familie machte.“

„Eine Person, wenn man fragen will, da wird man . . .“

„Wenn wer wollte in Aufregung kommen.“

Fall XIII. Der Patient O. F. H., ein einundzwanzigjähriger Festungsgefangener, wurde aufgenommen am 5. Februar 1908. Erst Anfang Februar d. J. sind Symptome von Geistesgestörtheit bei ihm bemerkt worden.

Auf einem Gymnasium hat er nur mittelmäßig gelernt, sein Bildungsgrad ist ein relativ niedriger.

Das Tempo der Ideenassoziation ist verlangsamt, auch in Erregungszuständen; der Ideenzusammenhang erscheint bald nur wenig bald erheblicher gelockert. Vereinzelt treten Wahnvorstellungen auf. Vielfach Aggravation der Krankheitssymptome.

Es besteht während der Untersuchung gesteigerter Bewegungsdrang. Ein kleinschlägiger Tremor der Hände tritt besonders häufig bei intendierten Bewegungen, so auch beim Schreiben auf.

Der Patient spricht einförmig laut und hastig in kurzen Sätzen. Timbre, Höhe und Intervalle der Lautsprache zeigen eine ähnliche Monotonie wie Lautheit und Tempo. Die Sprechweise war an allen Untersuchungstagen die gleiche.

Das Schreiben geht nur mühsam von statten. Zitterschrift und Verunreinigungen durch Kleckse, wie sie die Schriftprobe Fig. 5 erläutert, konnte ich wiederholt wahr-

nehmen. Auf die Störungen des Silbenaufbaus komme ich noch zurück.

Das Spontansprechen bietet Artikulationsstörungen. An einem Tage fand ich die Artikulation oft verwaschen; solche stammelnde Sprache ist bei ihm auch einige Tage vorher beobachtet worden. Konstant besteht, wenn auch dem Grade nach variierend, ein an Stottern erinnerndes Silben- und Wortwiederholen. Spasmen der Sprachwerkzeuge fehlen dabei gänzlich. Der Kranke stottert auch, wenn er sich nicht beobachtet glaubt. Beispiele mögen die Natur der Störung dartun. Es wird artikuliert: „So—so—so—so—so frei, ha—la—li—la—leder, Ich brauche kei—ka—ka—keine Hilfe, da—da—da—da haben, Wo die—wo denn—wenn die—wenn die Arbeit fertig war, dann hab ich, ich habe, ich habe oder die Hosen hab ich, die Hosen hab ich, die Hosen hab ich immer selbst genäht. Der Sergeant, der Sergeant, der Sergeant ist immer dabei gewesen un—un—un—und" etc.

Bestimmte Paradigmen nachzusprechen, bereitet dem Patienten offenbar große Schwierigkeiten. Einfache Wörter werden stets richtig nachgesprochen, über dreisilbige stolpert der Kranke schon. So sagt er für Fastnachtscherz: „Nachtfastschmerz". Längere und kompliziertere Wörter werden regelmäßig, auch nach öfterem Vorsagen, verstümmelt wiedergegeben. Anstatt Dampfschiffschleppschifffahrt sagt er: Schampf—schneppfahrt, Fahrschiff—sch—neppschiff—dampf. Dampfschiff—schnepp—schiffschiff. Dampf-Dampffahrt—dampffahrt—schneppfahrt—schiffahrt. Damdamschiffsch—leppf—schiffahrt. Anstatt dritte reitende Artilleriebrigade: dritte drei—dreitende Artilleriebrigade. Anstatt Schleimige Schellfischflosse wiederholt er: Schleimige Fische oder Schleimige F—liß—flossenfisch, flossige schleimige endlich Schleimige Fisch—f—ischflosch.

Hesitieren, Silbenstolpern, das Zerhacken der Worte beim Nachsprechen ist ein konstanter Befund. Der Einwand, ein Protokollieren der letztgenannten Störungen wäre bei der

beobachtetenAggravation wertlos, scheint mir nicht stichhaltig zu sein. Angenommen, daß auch bei diesen Symptomen wirklich die Aggravation eine Rolle spiele, so könnte sie doch nur dann für ihre Beurteilung maßgebend sein, wenn sie unabhängig von der psychischen Anomalie wirksam wäre. Das ist nun offenbar ein Widerspruch in sich selbst. Denn der psychische Defekt ist ein allgemeiner.

Längere Wörter richtig nachzuschreiben, ist der Kranke nur imstande, sobald ihm Silbe für Silbe vorgesprochen wird. Andernfalls läßt er mehrere Silben aus, schreibt z. B. nur die erste und letzte Silbe: Dampffahrt oder er verkürzt das Wort mit gleichzeitiger Silbenentstellung: Schleimige schnellfisch. Für kolonial schreibt er kanalal; siehe auch die Schriftprobe Fig. 5. Auch die Artikulationsstörungen der schriftlichen Produktion werden konstant beobachtet.

Die Wortproduktion des Patienten ist weder merklich herabgesetzt noch gesteigert. So oft ich untersuchte, fand ich dieselben Vorstellungen während der Untersuchungszeit eines Tages in der Rede perseverierend. Bald sind es vorwiegend die Erinnerungen der Dienstzeit — man hört immer wieder Soldat, Sergeant, Vorarbeiter, Uniform usw. — bald die sich an den eignen Körper oder die Umgebung des Kranken knüpfenden Vorstellungen. Für den verstümmelten Finger will er einen Ersatz haben. Die Augen sind krank. Auch die Mitpatienten stören ihn fortwährend. Neben der Perseveration ist eine Tendenz zu bizarren Ausdrücken auffällig. „In meinem Kopf verläuft alles wie blutige Häupter.“ „Können Sie vielleicht ein Kopfpensum machen?“ „Alles in meinem Körper geht in roter Farbe auf.“ Er spricht von der „Göttin Judith“, behauptet von einem „alten Adel Bogislaw“ zu stammen usw.

Verstöße gegen die Wortflexion konnte ich bei dem Patienten nicht beobachten, wenn ich von den wenigen, die seinem niedrigen Bildungsgrade entsprechen, absehe. Eine Vernachlässigung der Form des Satzes zeigt sich in Form von

Anakoluten. „Man wird ja überall — alles wird ja — alles ist ja — wird ja gemacht", oder „Sie wollen mich wohl, ich will — was soll ich — ich will einen Nebenmann haben".

Andere Verfehlungen gegen die Grammatik, solche gegen die Wortstellung des Satzes sind nicht erwähnenswert.

Fall XIV. Der Patient J. K., aufgenommen den 6. Februar 1908, ist ein zwanzigjähriger Lackierer. Seit etwa einem Jahre zeigt er ein absonderliches Wesen.

Das Lernen auf der Schule ist dem Kranken schwer geworden; seine Bildungsstufe ist eine relativ niedrige.

Das Tempo der Ideenassoziation ist träge, der Ideenzusammenhang stark geschädigt. Variierende Wahnvorstellungen.

An motorischen Symptomen zeigt der Patient eine allgemeine Abnahme der Körperkraft. Er ist zeitweise so hinfällig, daß er lange Zeit in den unbequemsten Lagen verharrt, sich selbständig nicht aufzurichten vermag, nur mit Hilfe anderer gehen kann. Beim Gehen schleifen die Füße den Boden, der Oberkörper ist vornübergebeugt, die Arme hängen schlaff herab. Die indifferente Stimmung des Kranken wird nur hie und da durch jäh aufsteigende heitere oder traurige Affekte durchbrochen.

Er spricht laut in schleppendem Redetempo, monoton, hat die Manier am Ende des Satzes die Stimme zu heben, so daß durchschnittlich jeder zweite Satz ein Fragesatz ist. Er öffnet den Mund beim Sprechen unnötig weit, zieht gern einzelne Silben in die Länge.

Während die Störungen der Sprechweise des Patienten an den einzelnen Untersuchungstagen im wesentlichen dieselbe Form zeigen, variieren diejenigen der Handschrift entsprechend dem Grade der allgemeinen motorischen Leistungsfähigkeit.

Am ersten Tage war die Handschrift, wenn ich absehe von dem willkürlichen Verwenden lateinischer und deutscher Buchstaben in demselben Wort, regelmäßig und

deutlich, zwei Tage darauf bis zur Unleserlichkeit unordentlich, wie die Schriftprobe vom 15. Februar (Fig. 7 u. 8) zeigt. Die Schriftprobe (Fig. 6) ist insofern wertvoller, als die hierin erscheinenden Störungen am häufigsten beobachtet werden konnten. Der Druck, die Distanz und Größe der Buchstaben, ihr Abstand von der Horizontalen differieren beträchtlich, einzelne werden eigentümlich entstellt, wie das m in meiner. Es sei noch bemerkt, daß auch Zitterschrift beobachtet wurde.

Das Spontansprechen bietet Artikulationsstörungen. Konstant wird, wenn auch dem Grade nach variierend, Hesitieren und Stottern wahrgenommen. Was ich gelegentlich der Besprechung dieser Störungen in früheren Fällen hervorgehoben habe, gilt auch hier als charakteristisch. Der Grad der Störungen entspricht demjenigen der allgemeinen Innervationsschwäche. Der Patient sagt w—enn, sch—on, mei—mei—mei—meiner Ehre, Ha—hä—herr, eine Ga——eigna—eine Gnade. Kran—Krankheit, auf ei—auf ei—auf ei—auf der Eisenbahn, in der—in der—in der—in meiner Phantasie, ein—ein—ein—ein—ein Pensum, der—der—der——der letzte usw.

Andere Artikulationsstörungen konnte ich nicht an allen Untersuchungstagen beobachten, z. B. ein Silbenauslassen: Körp statt Körper, mei statt meine und Silbenstolpern: eters—ressieren für interessieren, Inquisate—tation, Inquisatet—aterei für Inquisition.

Beim Nachsprechen längerer Paradigmen tritt Hesitieren häufig auf, selten dagegen Silbenstolpern. Wiederholt sagt er z. B. Fellfisch für Schellfisch.

Die schriftliche Produktion des Kranken — sowohl die spontane wie diejenige nach Diktat — zeigen ein Auslassen und Hinzufügen von Buchstaben und Silben auch Vertauschen von Buchstaben ziemlich regelmäßig.

Nach Vorsprechen schreibt er: Dampfschiffschlellschifffahrt, Dampfchiff, Fellfischflosse, Flosse, Schellfisch.

Spontan konsequent gerettetet für gerettet, ferner Gnad für Gnade, un für und, sund anstatt gesund. Seinen Vornamen schreibt er nicht Julius sondern Julios, im Vatersnamen läßt er die Buchstaben h und r aus (siehe Fig. 6).

Die Tätigkeit des Wortproduzierens war am ersten Untersuchungstage gesteigert. Später erscheint sie zwar um weniges herabgesetzt, im Verhältnis zu der allgemeinen körperlichen Schwäche des Patienten aber immer noch ziemlich lebhaft.

Unmittelbare Satzwiederholungen sind konstant. „Sollte das wahr sein, sollte das wahr sein, sollte ich gerettet sein?" „Kaiser Wilhelm soll leben hoch!" Dieser Satz wird dreimal, der Satz „Zweimal hab ich's gesagt" viermal wiederholt.

Einförmig bewegen sich die Wortassoziationen in engem Kreise. Immer wieder tauchen dieselben hochtönenden abstrakten Worte: „Denkkraft, Phantasie, Gerechtigkeit, Ehre und Wahrheit" oder die Worte „Inquisition, Hinrichtung, Testament, Retten, Gnade, Eltern und Mission" in der Rede auf. Die meisten stehen offenbar mit seinen Wahnvorstellungen in Verbindung. Auf den Hilfszeitwörtern „sollen" und „sein" reitet der Kranke beständig herum. „Sollten das meine Eltern sein? Das sollte wahr sein? Das soll nicht sein! Ich sollte aufgeklärt sein? Sollte das meine Phantasie sein?" Bei jeder Gelegenheit werden die Ausdrücke „Pensum" und „Unikum" produziert, die er von Mitpatienten gehört hat. Einmal erzählte er, er habe „den schwarzen Pensum" gesehen. Aehnlich barock erscheint das Gerede von der ägyptischen Sonnenuhr, die die Phantasie klären soll. Zuweilen hört man ganz unsinnige Worte aus seinem Munde wie Chloroformlappen, Rogi, Eleton.

Der Patient bietet gröbere Störungen der Syntax.

Die Verfehlungen gegen die Deklination erwähne ich nur, ohne Beispiele zu geben, da sie noch in den Grenzen des Normalen liegen. Die Konjugation ist sehr häufig fehlerhaft. Charakteristisch für die Rede des Kranken ist das

öftere Verwenden des Infinitivs an Stelle des flektierten Verbums. Er sagt: Sollten die Damen bleiben sein für geblieben sein, ja sagen? Sein doch ruhig! für Sagen Sie ja? und Seid doch ruhig! „Alle Tiere sein in der Welt.“ „Ich sein traurig.“ „Könnten haben sehen“ anstatt: Sie könnten gesehen haben usw.

Mit dem Hilfszeitwort „sein“ verfährt er recht willkürlich: „Ich könnte gegen die Wand sein.“ Nach Ebbinghaus ergänzt er: „Ich bin wie gelähmt.“

Intransitive werden wie Transitive behandelt in den Formen: „Ertrunken worden sein“ und „Passiert worden sein.“

Die Satzbildung ist bei dem Patienten erheblich gestört. Satzrudimente wie „Sollen bedroht sein“ und „Werden gerettet“ sind zahlreich. Von der stereotypen Bevorzugung der Frageform des Satzes habe ich schon gesprochen. Gegen die Satzkonstruktion wird häufig gefehlt. „Meine Schwester aufgeklärt ist meine Phantasie.“ „Sollte es passiert worden sein durch mir nicht mehr leben.“ „Sollte doch noch Leben haben sein.“ „Die Zigeuner haben was passiert worden kann sein.“ Zuweilen nur absonderliche Wortstellung: „Sonntags kein Mädchen kann tanzen vormittags.“ „Der junge Mann, der schon angeguckt hat mir.“ „Die ich gemacht habe durch Bewegung (anstatt: die habe ich . . .). „Der sich gibt für alles so hin“ (anstatt: der gibt sich für alles hin).

Um zu zeigen, wie hochgradig der Agrammatismus werden kann, gebe ich hier eine schriftliche Aeußerung des Patienten wieder. Sie stellt den Versuch dar, eine Erzählung niederzuschreiben. Das willkürliche Anwenden deutscher und lateinischer Buchstaben ist nicht reproduziert worden. Er schreibt: „Von einem haifisch verschlungen nicht sein soll Julios ich möchte nicht sein meine Liebe un Gram aber sollte es nich sein mein einsames Leben, Freiheit zurückgezogen hab ich für Gutes ich bin ma müde habe Angst,

meine Eltern sollte es sein ich nicht möchte ich habe sind Ruhe sollte tot.“

Kurz möchte ich an dieser Stelle einige durchweg negative Untersuchungsergebnisse anführen.

In keinem der beschriebenen Fälle war eine Störung in der Funktion des neuromuskulären Sprachapparates, in keinem ein bemerkenswerter Defekt des Wortgedächtnisses nachweisbar. Es ist mir fast immer gelungen, von den Kranken nach wiederholten fehlerhaften Gegenstandsbezeichnungen die richtige Bezeichnung zu eruieren. Nicht selten wird für denselben Gegenstand, der kurz zuvor einen absurden Namen erhielt, in weiterem Verlauf der Rede das richtige Wort gebraucht.

Fehler des Personenbenennens wurden nicht immer korrigiert. Das beruht aber offenbar auf dem Kombinationsdefekt der Frühdementen, nicht auf mangelhaftem Wortgedächtnis.

Die Tabelle (s. S. 44—45) soll die Uebersicht über die positiven Ergebnisse erleichtern, zugleich das Verhältnis der Sprachstörungen zu anderen noch bestehenden motorischen Störungen dartun.

Es sei zur Ergänzung noch bemerkt, daß gröbere Sensibilitätsstörungen nur bei den Kranken G. M. (X) und O. F. H. (XIII) in Form von Reaktionslosigkeit gegen tiefe Nadelstiche in die Haut zur Zeit der Untersuchung beobachtet wurden. Andere körperliche Symptome haben für das Verständnis der Sprachstörungen nur untergeordnete Bedeutung und werden deshalb nicht erwähnt.

Epikrise.

Wie sind die positiven Untersuchungsergebnisse zu beurteilen?

Fassen wir sie einmal kurz zusammen!

Namen der Untersuchten	Motorische Symptome in der Anamnese	Allgemeine Sprechweise: Armut an Ausdrucksmitteln	Allgemeine Sprechweise: Sprechmanieren	Handschrift	Nachlässige, verwaschene Sprache	Artikulation in Laut- u. Schrift: Hesitieren	Artikulation in Laut- u. Schrift: Stottern	Artikulation in Laut- u. Schrift: Silbenstolpern	Artikulation in Laut- u. Schrift: Auslassen u. Wiederholen von Buchstab
I. H. R.		+		nachl. man.	+ var.	+n		+n	+
II. H. S.		+			+ var.				+
III. Herm. S.		+						+n var.	
IV. H. R.		+				+n var.			
V. G. A.	Beweg.-Manieren		+	man.					
VI. W. S.		+				+n var.		+n var.	
VII. F. P.	Neigung zu barocken Beweg.	+				+n var.		+n var.	
VIII. A. Sp.		+		n. v.		+n var.	+	+n var.	n. v.
IX. H. Fr.		+				+n var.		+n var.	k
X. G. M.	Neigung zu Katalepsie. Ster. d. Körperhaltung	+				+n var.			
XI. E. R.	Haltungs- u. Bewegungsster.	+						+n var.	
XII. O. S.		+		man.			+		
XIII. O. F. H.		+		Zitterschrift	+ var.	+n	+	+n	
XIV. J. K.	Defekt spont. mot. Innervat.	+			+	+ +n	+	+	+

W.w.sp = Wortwiederholungen im Spontansprechen. — man. = maniriert.
+ = Störungen beim Spontansprechen oder -Schreiben.
+n = Störungen beim Nachsprechen oder -Schreiben nach Diktat.

gkeit er prod.	Wortdiktion: Unmittelb. Wortwiederholungen.	Wortdiktion: Stereotypien	Wortdiktion: Verschrobenheit des Ausdrucks	Wortdiktion: Verwend. d. 3. Person anstatt d. 1.	Gestörte Wortflexion	Beschränkung d. Satzgebrauchs	Bevorzugte Satzformen	Fehlerhafte Satzkonstruktion	Fehler der Wortstellung im Satz	Mangelhafte Verknüpfung von Sätzen
	Echol.									
ɔges.	W.w. sp.	+	+	+		+				+
ır.	Echol.	+	+			+				+
ɔges.	selten	+	+	+			+			+
eigert ɔges.		+	+							+
eigert	W.w. sp.	+	+							
ßig eigert	W.w. sp.	+	+							
ɔges.	Echol.	+	+			+	+			+
ɔges.		+	+			+ var.				
igert ɔges.	W.w. sp.	+	+			+				+
	Echol.	+ selten	+		+ var.			+ selten		
rk ɔges.	Echol.	+ selten	+							
		+	+						+ selten	
	W.w. sp.	+	+					+		
	W.w. sp.	+	+		Ster. Anw. d. Infinit.	+	+	+	+	+

= nachlässig.
= keine Schriftprobe.
= nicht verwendbar. var. = varierend.

In allen Fällen, mit Ausnahme des an fünfter Stelle genannten, ist die Sprechweise mehr oder weniger monoton, arm an Variationen in Tempo, Lautheit, Akzentuation, Timbre und Resonanz. Die Sprechweise der Patientin H. A. zeigt diese Armut an Ausdrucksmitteln nicht, doch gibt das stereotype Wiederkehren derselben sprachlichen Eigentümlichkeiten auch ihrer Sprache etwas Starres, Lebloses.

Bemerkenswert ist das schleppende Redetempo in Fall VIII, die Manier des Flüsterns in Fall VII und XI, die zeitweise rhythmische Sprache in Fall IX.

Die Handschrift erscheint in fünf Fällen pathologisch verändert. Eine Schreibmanier ist in Fall I und V deutlich, angedeutet bei O. S. (XII), ataktische Schrift geringeren Grades in Fall XIII, höheren Grades in Fall XIV.

Bei vier Kranken ist eine undeutliche Artikulation zeitweise beobachtet worden (I, II, XIII u. XIV). Konstant bieten eine Art von Stottern im Spontansprechen die Patienten unter Nr. VIII, XII, XIII u. XIV. Der Kranke A. Sp. zeigt daneben konstant Hesitieren, J. K. außerdem Silbenstolpern mäßigen Grades im Spontansprechen.

Die spontane schriftliche Produktion ist in den Fällen I, II u. XIV konstant gestört. In den beiden ersten Fällen ist das Spontansprechen von solchen Störungen fast frei.

Beim Nachsprechen tritt Hesitieren konstant bei vier Patienten auf (I, II, XIII u. XIV), Silbenstolpern dagegen nur in Fall I und XII.

Artikulationsstörungen der schriftlichen Produktion nach Diktat in den Fällen I, III, X, XIII u. XIV, geringeren Grades in Fall III.

Der Befund von fehlerhaftem Nachsprechen und Diktatschreiben ist in acht Fällen nicht konstant.

Einheitlicher gestaltet sich das Bild von Störungen der Wortdiktion.

Bei der Hälfte der beobachteten Kranken ist die spontane Wortproduktion bei indifferenter Stimmungslage herab-

gesetzt. Rededrang auf Grund allgemeiner Erregung findet sich in den Fällen II, IV, V, VI u. IX, der allgemeinen Erregung nicht dem Grade nach entsprechend in Fall XIV. Intermittierender Mutismus bei Fall VII u. XI.

Symptome von Echolalie sind in fünf Fällen (I, II, VII, X u. XI), unmittelbare Wort- oder Satzwiederholungen sechsmal zu konstatieren (I, V, VI, IX, XI u. XIV).

Sämtliche Patienten zeigen Stereotypien der Wortdiktion (solche Stereotypien in Fall X u. XI nur selten beobachtet) und eine Neigung zu Verschrobenheit des Ausdrucks.

In zwei Fällen (I u. III) ist die Anwendung der dritten Person anstatt der ersten in der Rede auffällig.

Von Störungen der Syntax sind in sechs Fällen (I, II, VII, IX u. XIV) Einschränkung des Satzgebrauchs der Rede, in zwei Fällen (III, XIV) Perseverieren einer bestimmten Redeform, mangelhafte Satzverknüpfung bei sieben Kranken nachweisbar (I, II, III, IV, VII, IX u. XIV). Bei dem Patienten J. K. finden sich Verfehlungen gegen die Wortflexion, gegen die Grammatik des Satzes und Absonderlichkeiten der Wortstellung im Satze.

Die Störungen letztgenannter Art bei anderen Kranken sind unerheblich.

Die Kritik der Sprachstörungen beginnt zweckmäßig mit gewissen, typischen Störungen der allgemeinen Sprechweise und der Wortdiktion.

Es erinnern diese lebhaft an andre motorische Funktionsanomalien, die bei der Dementia hebephrenica, besonders aber bei der „Katatonischen Varietät“ beobachtet werden, die Verschrobenheiten der Redeweise, der Handschrift und der Wortdiktion an die bizarren Abänderungen von Körperbewegungen, sei es der Haltung, des Ganges oder der Begrüßungsformen, Mutazismus und Redesucht an die allgemeine Körperstarre und den triebartigen Bewegungsdrang, die Perseveration und die Stereotypien der Wortbildung end-

lich an das Perseverieren und automatenhaftes Wiederholen einer begonnenen Körperaktion.

Die formale Aehnlichkeit der genannten Phänomene ist so auffällig, daß wir berechtigt sind, auf einen tieferen Zusammenhang derselben zu schließen, und ich glaube, das Wesen der bezeichneten Gruppe von Sprachstörungen nicht deutlicher machen zu können, als wenn ich die motorischen Erscheinungen in den Kreis der ätiologischen Untersuchung mit hineinziehe.

Die Erklärungen sowohl für die allgemeine katatonische Störung wie für die Sprachstörung, denen wir in der Literatur begegnen, divergieren beträchtlich.

Kahlbaum gibt in der „Katatonie" ein Urteil ab über Verbigeration und Mutismus. Er meint, wenn schon das Vielsprechen gewisser Kranker den Verdacht eines Krampfes der Sprachzentren erwecken müsse, so sei für die Verbigeration kaum zweifehaft, „daß es sich bei ihr wirklich um eine Art koordinierten Krampfes innerhalb der zentralen Sprachnervenbahnen handelt, um so mehr, als in den übrigen motorischen Organen, so häufig bei dieser selben Krankheitsform Krampfzustände beobachtet werden". Die Schweigsamkeitssymptome führt er auf dieselbe Innervationsalteration zurück, nur daß die Redesucht, die Verbigeration dem klonischen, die Schweigsamkeit dem tonischen Krampfe zu vergleichen sei.

Hecker analysiert in der schon genannten Abhandlung über die Hebephenie das katatonischen Syndrom unter Hinweis auf die während und nach der Pubertätszeit sich vollziehende Umgestaltung der Persönlichkeit, ohne jedoch eine Ansicht über den ätiologischen Zusammenhang der Symptome zu entwickeln.

v. Krafft-Ebing sagt in seinem Lehrbuch der Psychiatrie über die Motilitätsstörungen: „Diese Erstarrungs- und Spannungserscheinungen sind ursprünglich wesentlich psychisch bedingt, aber der Reiz wirkt automatisch fort . . .

Ihre psychische Auflösung beweist der Umstand, daß sie auf psychisch suggestiven Einfluß sich ändern können.“ Die Katalepsie erklärt er als automatisch oder reflektorisch vor sich gehende fortgesetzte Innervation des kataleptischen Muskelgebietes. Die Zustände von Attonität und Katalepsie, die von eigenartig psychomotorischen Erregungszuständen (Stereotypien, Verbigeration usw.) abgelöst werden, „behaupten sich als selbständige Erscheinungen neben den psychischen Symptomen“.

Neisser steht auf dem Standpunkt Rollers, der später skizziert wird.

Cramer (17) glaubt die katatonische Bewegungsstörung auf Halluzinationen des Muskelsinns beziehen zu müssen.

Schüle räumt dem Inhalte von Vorstellungen und imperativen Halluzinationen einen Einfluß auf Stereotypien und bizarre Gewohnheiten ein, sieht aber den Grund für hochgradige katatonische Störungen in einem „krankhaft gesteigerten Innervationsgefühl“ und „Reflexen der leicht erregbaren motorischen Zentren auf abnorme Sensationen“. In der „klinischen Psychiatrie“ spricht derselbe Autor in bezug auf die grobmotorischen Phänomene von „einem umfangreichen Ausfall zerebraler Hemmungen“, von dem „natürlichen Experiment infrakortikaler Hyperästhesie mit Ausschaltung der hemmenden Hemisphärentätigkeit“.

Im Sinne einer pathologischen Reizung der motorischen Hirnregion als Ursache gewisser Formen katatonischer Störung äußern sich Kirchhoff (19), Mendel (20), Binswanger und Siemerling.

Aehnlich faßt Wernicke (21), nur im Lichte seiner Sejunktionstheorie, die Bewegungsstörungen der Katatonie auf als „ohne Zutun des Willens“ durch lokale Reizvorgänge bedingt.

Auch Ziehen hält eine psychische Entstehung für bestimmte Motilitätsveränderungen, z. B. ausgeprägte Stereotypien für nicht annehmbar.

Aschaffenburg (22) bekämpft die Auffassung, daß eine motorisch-neurotische Affektion den Zuständen der Attonität, halluzinatorische Vorgänge und Wahnideen oder Halluzinationen des Muskelsinns denjenigen der Attonität und stereotyper Bewegungen zugrunde liegen. Er nähert sich in seinem Urteil denjenigen nunmehr anzuführenden Autoren, die die allgemeine psychische Störung als das vernehmlich in Frage kommende ätiologische Moment hervorheben.

Nach Kraepelin ist die Stereotypie mangelnde Ablösung eines Willensantriebes durch nächstfolgende bei allgemeinem Drang zu motorischen Aeußerungen, der höchste Grad der Willenshemmung „die Willenssperrung", Teilerscheinung einer viel allgemeineren Störung „des triebartigen Widerstrebens gegen jede äußere Beeinflussung des Willens". „Bei der Verschrobenheit liegt die Störung nicht auf dem Gebiete des Handelns, sondern auf demjenigen des Willens selbst" (?). „Das Werkzeug gehorcht den Antrieben ohne Tadel, aber die Antriebe selbst werden verdrängt und durchkreuzt, bevor das Ziel erreicht ist; die Kranken sind außerstande, das Zweckmäßige zu wollen."

Sommer hält die Katalepsie und den stereotypen Bewegungsdrang für ein durchaus psychisch bedingtes Phänomen. „Das Bewußtsein ist auf einmal erregte äußere Eindrücke oder Innervationen eingeschränkt."

Nach Weygandt sind jene motorischen Symptome als „primäre Störungen der Willenstätigkeit" aufzufassen.

Wie weit Masselon die Grenzen der psychischen Störung zieht, lehrt folgender der „Démence précoce" entnommene Ausspruch: „Il faut insister sur ce fait: La catatonie n'est pas uniquement un phénomène moteur; l'état catatonique s'étend à toutes les formes de l'activité psychique; on peut même ranger dans la forme catatonique des cas qui ne présentent pas d'états cataleptiformes très accentués, mais dont l'état mental est caractérisé par les diverses manifestations du négation, de la stéréotypie et de la suggestibilité...

toute l'agitation catatonique porte donc le cachet de l'état mental catatonique."

Ich will nicht vergessen, hier zwei Abhandlungen zu nennen, die zwar nur allgemein das Problem motorischer Störungen bei Geisteskranken behandeln, aber — wie auch Neißer bemerkt — für die katatonischen Störungen verwertet werden können. Es sind dies die Arbeiten von Freusberg und Roller.

Die Anischten beider sind nicht so weit voneinander entfernt, wie Neißer annimmt.

Freusberg (23) spricht von einer „Tätigkeitsentladung psychischer Spannung auf das motorische Gebiet". Das primäre ist bei der Störung für ihn „das psychische Ergriffensein", das, wenn ich ihn recht verstehe, sein physiologisches Korrelat findet in abnormen Erregungsvorgängen im ganzen Bereich der Hirnrinde.

Roller (24) legt den Nachdruck auf die Schädigung des motorischen Apparates, dessen Unabhängigkeit vom Bewußtsein er betont. Von den motorischen Zentren aus erfolgt eine Entladung von Energie sowohl in die spinalen Bahnen wie in das Cerebrum hinein. Die Affektion „subordinierter Zentren" (?) ist primär, die Bewußtseinsstörung sekundär.

Es ist von Autoren, deren Urteile uns soeben beschäftigt haben, vielfach versucht worden, einen gemeinsamen Grund für die auf den ersten Blick so mannigfachen Erscheinungen aufzufinden.

Die alle Symptome verbindende Grundlage darf nun offenbar nicht im Psychischen gesucht werden, soweit man darunter den Zusammenhang bewußter Vorgänge versteht. Für mich sind die Phänomene der spezifischen Sprachstörung, wie diejenigen der Bewegungsstörung — ich denke gar nicht einmal dabei an die ausgeprägten Krampfzustände — aus einer in diesem Sinne psychischen Ursache nicht verständlich. Ich meine, schon der erste Eindruck, den der Untersucher gewinnt, das Zwangsmäßige, Auto-

matische der Aktion spricht gegen eine solche Entstehungsweise.

Die Annahme einer Willensstörung, basierend auf der Wundtschen Theorie von den Willensvorgängen, ist zwar an sich berechtigt, kann aber zur Erklärung der Symptome nicht verwertet werden.

Die apperzeptive Schwäche, wofern man überhaupt mit Wundt die Lehre von der Apperzeption annimmt, darf man kaum als das primäre hinstellen. Ich kann da nur den Ausführungen Rollers über die Vorgänge beim Irresein beistimmen. Der Satz: „Die Aufmerksamkeit wird durch gewisse, das Bewußtsein durchbrechende Vorstellungen und Gefühle zwangsweise fixiert" gilt auch für die Bewußtseinslage bei den motorischen Störungen.

Daß Wahnvorstellungen und Halluzinationen gewisse Motilitätsstörungen einschließlich der anormalen Wortdiktion mitveranlassen können, stelle ich nicht in Abrede; in den meisten derartig gedeuteten Fällen aber sind diese psychopathologischen Erscheinungen wohl erst eine Rückwirkung der dem Bewußtsein aufgezwungenen Bewegungsvorstellungen (22).

Mit dem Hinweis auf Erregungsvorgänge in den motorischen Zentren ist nicht viel gewonnen. Allein aber diese Zentren für die Motilitäts-, die Wortzentren für die Sprachstörung verantwortlich machen, hieße eine Selbständigkeit derselben annehmen, wie sie wenigstens in dem Umfange nicht besteht. Meiner Ueberzeugung nach sind die spezifischen motorischen Störungen nur teilweise Ausdruck einer genuinen Schädigung der motorischen bezw. Sprach-Zentren. Die Irritation dieser Gebiete durch pathologische Erregungszustände anderer erkrankter Hirnregionen ist ein Faktor, der unbedingt in Rechnung gezogen werden muß, wenn anders die Einheit der Großhirnfunktionen zu Recht besteht.

Daß auch der sensorische Apparat mehr oder weniger

an der allgemeinen degenerativen Erkrankung teil hat, beweisen die Untersuchungen zur Genüge. Ich habe wenigstens in jedem der genannten Fälle auch auf dem Gebiet der Sinneswahrnehmung überall die Manifestationen der mit einem Energiedefizit arbeitenden nervösen Substanz beobachten können, nämlich eine gesteigerte Erregbarkeit und abnormes Perseverieren von Erregungen. Das Bewußtsein ist in ähnlicher Weise an Sinneseindrücke wie an motorische Innervationen gefesselt.

Das Ueberwiegen der motorischen Störungen in einigen Fällen muß wohl im Sinne einer Entladung freiwerdender Energiemengen in das leicht erregbare motorische Gebiet hinein gedeutet werden. Daß die Entladung gerade hier stattfindet, beruht auf der besonderen psychomotorischen Konstitution der jugendlichen Individuen.

Ein isolierter Exitationszustand des Sprachorgans — angedeutet bei Fall XIV — setzt eine individuelle Schwäche dieses Organs voraus.

Wir werden bei einem Abwägen der Störungen auf sprachlichem und rein motorischem Gebiet berücksichtigen müssen, daß das Sprachorgan wegen seiner feineren Struktur im allgemeinen leichter auf pathologische Reizvorgänge in der Hirnrinde reagiert. So ist es erklärlich, daß kaum in der Hälfte der untersuchten Fälle den spezifischen Sprachstörungen bemerkenswerte Veränderungen des körperlichen Verhaltens im Sinne katatonischer Motilitätsstörung parallel gehen.

In Fall X und XI hätte man gröbere Sprachstörungen erwarten dürfen. Daß die Untersuchung den Erwartungen so wenig entspricht, liegt bei Fall X an einem Mangel spontaner sprachlicher Aeußerungen. Bei Fall XI sind zwar Wortstereotypien wenig beobachtet worden, doch war — es liegt dies außerhalb des Untersuchungsbereiches — ein Perseverieren von Vorstellungen in sprachlichen Assoziationen unverkennbar.

Wiederum im Bereiche der Sprachstörungen selbst handelt es sich bald vornehmlich um den anormalen Ablauf des automatischen Sprechaktes bald um eine Verwirrung im Synergismus der Wortzentren mit anderen Zentren der Hirnrinde.

In erstere Rubrik gehören z. B. die Stereotypien, in letztere alle Symptome von Sprachverwirrtheit von der Verschrobenheit des sprachlichen Ausdrucks bis zur völligen Sinnlosigkeit des Gesprochenen.

Je mehr sich eine Funktion automatisch vollzieht, um so gröber muß der pathologische Reiz sein, der sie in Verwirrung bringt.

Nachdem ich die genannte Gruppe von Sprachstörungen den Störungen von katatonischem Typus eingeordnet und Gesichtspunkte für ihre Entstehungsweise gegeben habe, wende ich mich nunmehr zu den Veränderungen der mündlichen und schriftlichen Produktion von mehr allgemeinem Charakter.

Auch sie sind zwar Ausdruck der besonderen Schädigung der einzelnen Funktionsgebiete, vorzüglich aber der reflektorischen Irritation dieser Gebiete durch krankhafte Erregungen und Hemmungen im ganzen Bereich der Rindensubstanz. Es manifestiert sich mehr die allgemeine als die lokale psychonervöse Affektion.

In der Monotonie der Sprechweise wird das mangelhafte psychische Erleben der Wortbedeutung offenbar.

Das Bild der Artikulationsstörung ist durchaus nicht einheitlich. Die beobachteten Störungen sind — das ist wichtig — sehr verschiedener Art und in den meisten Fällen auch von wechselnder Intensität.

Und wir finden bei einem Vergleich der Artikulationsstörung mit dem psychischen Status des Falles einen nicht verkennbaren Parallelismus zwischen beiden.

Ich möchte daher diesen Sprachstörungen — gegenüber der Anerkennung einer gewissen Selbständigkeit des Symptomenkomplexes der Stereotypien usw. — nur eine symptomatische Bedeutung zuschreiben.

Wo gröbere Artikulationsstörungen konstant auftreten, da handelt es sich offenbar um einen schwereren Allgemeinzustand. Das gleiche gilt von den gröberen Verstößen gegen die Syntax, sind doch diese Funktionen durch langen Gebrauch eingeübt (25).

Der Patient J. K. (XIV), der Störungen auf beiden Gebieten zeigt, macht den Eindruck eines Schwerkranken.

Ich möchte an dieser Stelle bemerken, daß eine Prüfung des Kopierens von Vorgeschriebenem die gröbere, diejenige des Nachsprechens und Nachdiktatschreibens die empfindlichere, die Prüfung der spontanen mündlichen und schriftlichen Aeußerungen die empfindlichste Untersuchungsmethode darstellt.

Im letzten Falle wird nur ein relativ geringer Teil der disponiblen Energie auf den Akt der Aussprache verwendet, ein größerer auf den Inhalt des einzelnen Wortes und des mit diesem zusammenhängenden Vorstellungskomplexes. Wenn nur gar Wahnvorstellungen und Halluzinationen bestehen, wird vollends die Aufmerksamkeit von dem motorischen Akt abgelenkt.

Ich verzichte darauf, die Gesetze der erhöhten Erregbarkeit der motorischen Sprachzentren, des verzögerten Absinkens aktueller Energie an den Proben von Artikulationsstörung zu illustrieren.

Was die anormale Tätigkeit des Wortproduzierens betrifft, so kann ich wohl über diejenigen Fälle hinweggehen, in denen Steigerung derselben allgemeiner Erregtheit entsprach. Bei dem Patienten J. K. war dieses Verhältnis nicht deutlich. Es handelt sich bei ihm offenbar um ein besonders leicht erregbares Sprachorgan.

Während nun Redesucht und — Mutismus in bestimm-

ten Fällen — das plötzliche Freiwerden aktueller Energie verraten, deutet die herabgesetzte spontane Wortproduktion, wenigstens von der Art, wie ich sie in mehreren Fällen beobachtet habe, auf eine weitere Phase des Krankheitsprozesses hin:

Es hat nunmehr das nervöse Zentralorgan sich den pathologischen Bedingungen angepaßt, in dem es den Mangel an Energieaufspeicherung durch verringerten Energieverbrauch kompensiert.

Unter den in der Rede stereotyp angewandten Worten und Redensarten überhaupt den bevorzugten sprachlichen Ausdrücken herrschen bedeutungsvolle Worte und Sätze im besonderen hochtönende Abstrakta vor: Die Erregung ergießt sich am leichtesten in ausgeschliffene Bahnen hinein (26).

Ein interessantes Phänomen — die Echolalie — ist nur bei einigen Patienten und auch hier nur geringeren Grades beobachtet worden. Wie bei der Echokinese haben wir es bei der Echolalie mit einem Rindenreflex zu tun, der ebenso zwangsmäßig, sich ohne Beteiligung der Psyche vollzieht.

Von den Störungen der Syntax habe ich die gröberen Verfehlungen gegen die Wortflexion und Grammatik des Satzes schon erwähnt.

Der stereotype Gebrauch des Infinitivs — darauf möchte ich noch kurz hinweisen — zeigt eine Annäherung des pathologischen Geisteszustandes an den physiologischen des Kindes, wie überhaupt die Sprechweise des Frühdementen vielfach an die kindliche erinnert.

Daß das bei dem Perseverieren von Vorstellungen gestörte Kombinationsvermögen sich in einem Defekt des Satzgebrauchs, in Unordnung und Zwecklosigkeit der Architektur von Satzzusammenhängen äußern muß, ist wohl ohne weiteres klar.

Zum Schluß noch einiges über den Wert der Untersuchungsergebnisse für die Diagnose der Dementia hebephrenica.

Eine gewisse Monotonie der Sprechweise, ein Perseverieren von Sprachvorstellungen, eine schwülstige, barocke Ausdrucksweise habe ich wie mangelhafte Satzverknüpfung — soweit längere mündliche und schriftliche Aeußerungen vorlagen — niemals vermißt.

Die Bedeutung dieser Symptome wird dadurch wesentlich gehoben, daß sie in den ersten Stadien der Defektpsychose auftreten und den Verdacht des Arztes auf die organische Grundlage des Krankheitsprozesses hinlenken. Darauf beruht auch der Wert von Briefen solcher Kranker in Händen des Psychiaters.

Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich dem erst genannten Symptomenkomplex eine pathognomische Bedeutung zuschreibe.

Freilich muß bedacht werden, daß auch bei der Dementia paralytica Aehnliches beobachtet wird, worauf schon Brosius hinweist.

Die Stereotypien geben auch der Sprechsucht Hebephrenischer ein charakteristisches Gepräge, und dürfte z. B. der Redeschwall der Patientin H. Fr. wohl kaum mit dem einer Manischen verwechselt werden. Der Monotonie einer solchen Rede ist die Buntheit manischer Aeußerungen geradezu entgegengesetzt.

Was die Differentialdiagnose der Artikulationsstörungen angeht, so läßt die Kritiklosigkeit des Patienten seinen Fehlern gegenüber den psychischen Defekt meist allzu deutlich erkennen, als daß eine Neurasthenie in Frage kommen könnte. Außerdem würde für Neurasthenie das Auftreten solcher Störungen bei geistiger Ermüdung zu verwerten sein.

Von dem Hesitieren und Stottern bei Hysterie ist die entsprechende Störung bei der Dementia hebephrenica ohne weiteres zu unterscheiden.

Während nämlich das Stottern Frühdementer durchaus

des krampfartigen Charakters entbehrt, hat bei Hysterischen die Muskeltätigkeit der Sprachwerkzeuge etwas Gewaltsames. Die Laute werden kaum dem Gewöhnlichen entsprechend explosiv hervorgestoßen (27). Das Stottern Frühdementer ist unverändert, eher verstärkt, wenn sich der Patient nicht beobachtet glaubt. Bei der Hysterie herrscht das umgekehrte Verhältnis.

Von den Beziehungen des hebephrenischen Stotterns zu dem Stottern im engeren Sinne habe ich bereits gesprochen, des öfteren auf das Fehlen von Spasmen der Sprachwerkzeuge beim hebephrenischen Hesitieren und Stottern hingewiesen.

Schwieriger wird zuweilen eine Unterscheidung der Arten von Artikulationsstörung im Bereiche der Defektpsychosen. Im Vergleiche zu den Störungen unserer Kranken sind solche, wie sie z. B. bei der Dementia paralytica auftreten, im allgemeinen gröberer Natur und gleichmäßiger zu beobachten, auch werden Sprechübungen bei der progressiven Paralyse geringeren Erfolg haben.

Am besten werden immer differentialdiagnostische Bedenken gehoben, wenn die Untersuchung zu verschiedenen Tageszeiten vorgenommen und öfters wiederholt wird.

Ich habe im epikritischen Teil der Arbeit absichtlich die Beziehungen des Grades der Sprachstörung zum Grade der psychischen nicht näher ausgeführt. Nur wo solche Beziehungen etwas augenscheinlich Gesetzmäßiges hatten, ist ihrer kurz Erwähnung getan worden, wie bei Besprechung der Artikulationsstörung.

Es bleibt der Zukunft vorbehalten aus mehreren Untersuchungen der Sprache bei Frühdementen die Gesetze dieses Verhaltens abzuleiten. Ich bin fest überzeugt, daß das Fazit aller in dieser Richtung vorgenommener Untersuchungen eine Parallele zwischen dem besonderen zerebralen und dem allgemeinen Defekt ergeben wird.

Noch einmal mache ich hier auf die Bedeutung anders begrenzter Forschungen aufmerksam, die demselben Ziele zustreben wie die der genannten Art; ich meine diejenigen des zeitlichen Ablaufens und der Form sprachlicher Assoziationen, der Motilitätsstörungen bei der Dementia hebephrenica und der Beziehungen von Sprachstörung zu anderen körperlichen Symptomen bei jedem einzelnen Patienten.

Wenn ich recht sehe, so scheint mir durch die Beobachtung mehr elementarer Aktionen die Erkenntnis des Wesens der Frühdemenz in höherem Maße gefördert zu werden, als das durch ein noch so eifriges Studium komplexer psychischer Vorgänge geschehen kann.

Am Schluß meiner Arbeit ist es mir eine ehrenvolle Pflicht, Herrn Geheimrat Ziehen für die Ueberweisung der Fälle und den mir bei Abfassung der Arbeit vielfach erteilten gütigen Rat meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Schon Kieser erwähnt die katatonischen Sprachstörungen in den Elementen der Psychiatrik. Breslau, Bonn 1857. S. 185.
2. Kahlbaum, Die Katatonie. Berlin 1874 S. 39 ff.; vgl. hierüber Ziehen, Psychiatrie S. 589.
3. Hecker, Die Hebephrenie. Virchow-Archiv Bd. 52 S. 399, 406—419.
4. Brosius, Die Katatonie. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 33 S. 602.
5. Neißer, Die Katatonie. Stuttgart 1887 im bes. S. 51, 75—77, 83.
6. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart 7. Aufl. S. 89, 90, 373.
7. Flügge, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 51 S. 962—970.
8. Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. Berlin-Wien 1901 S. 105, 355 und 356.
9. Schüle, Klinische Beiträge zur Katatonie. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 58 S. 221, 224, 230—233, 344 ff., 351.
10. Kraepelin, Psychiatrie 7. Aufl. Leipzig 1903 Bd. I S. 279—286, 304—309; Bd. II S. 196, 203, 204, 221—31, 258.
11. Ziehen, Psychiatrie. Leipzig 1908 S. 739—742, 746 und 747.
12. Weygandt, Atlas und Grundriß der Psychiatrie. München 1902 S. 383—385.
13. Masselon, Démence précoce. Paris 1904 S. 41—42, 48, 63, 74 u. 75, 87 ff., 113, 114.
14. Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1907 S. 226, 228, 231.
15. Liebmann und Edel, Die Sprache der Geisteskranken. Halle a. S. 1903 S. 39—47.
16. Köster, Die Schrift bei Geisteskranken. Leipzig 1903 S. 121 bis 132, 143—149, 150—156.
17. Cramer, Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken. Freiburg i. Br. 1889.
18. Schüle, Klinische Psychiatrie. Leipzig 1886 S. 205.
19. Kirchhoff, Grundriß der Psychiatrie. Leipzig und Wien 1899 S. 232.
20. Mendel, Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart 1902.

21. Wernicke, Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1906 S. 438 ff.
22. Aschaffenburg, Die Katatoniefrage. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 54 S. 1004, 1012, 1043.
23. Freusberg, Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. 17 S. 764.
24. Roller, Ueber motorische Störungen beim einfachen Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 42 S. 85, 143.
25. Siehe Tabelle I, II und XIV; vgl. auch Stransky, Ueber Sprachverwirrtheit. Halle 1905 S. 16.
26. Vgl. hierzu Wundt, Grundzüge der physiologischen Psychologie. Leipzig 1902 Bd. 1 S. 314.
27. Fast wörtlich nach S. 929 „Der Lehre von den Nervenkrankheiten". Berlin 1902 von Oppenheim; vgl. auch Binswanger „Die Hysterie" XII. Bd. der speziellen Pathologie und Therapie 1. Hälfte 2. Abteilung S. 429—434.

Für die Arbeit wurden ferner verwertet:

1. Spielmann, Diagnostik der Geisteskrankheiten. Wien 1855.
2. Martini, Veränderungen der Ausdrucksweise bei Irren. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 13 S. 605—612.
3. Kußmaul, Untersuchungen über das Seelenleben des neugeborenen Menschen. Leipzig 1859.
4. Steinthal, Abriß der Sprachwissenschaft und Einleitung in die Psychologie und Sprachwissenschaft. Berlin 1871.
5. Arndt, Ueber Katalepsie und Psychose. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 30 S. 28.
6. Wernicke, Der aphasische Symptomenkomplex. Breslau 1874.
7. Kußmaul, Die Störungen der Sprache. Leipzig 1877.
8. Hecker, Zur klinischen Diagnostik und Prognostik der psychischen Krankheiten. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 33 S. 602.
9. Preyer, Die Seele des Kindes. Leipzig 1884. Die Entwicklungsgeschichte des Sprechens S. 259 ff.
10. Wille, Die Psychose des Pubertätsalters. Leipzig-Wien 1898.
11. Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. Berlin-Wien 1898.
12. Ziehen, Leitfaden der physiologischen Psychologie. Jena 1891.
13. Wundt, Grundriß der Psychologie. Leipzig 1905.
14. —, Grundriß der physiologischen Psychologie. Leipzig 1902 Bd. 1 und 2.

Fig. 1.

(Geschrieben den 23. XII. 07.)

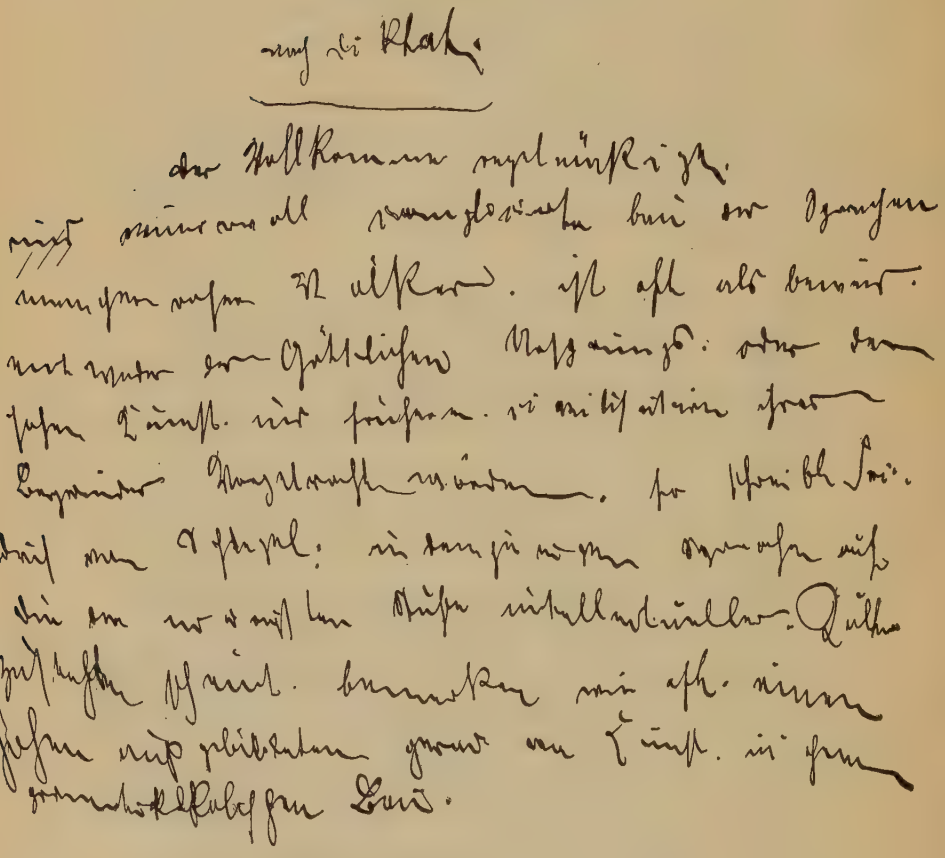


Fig. 2.

(Geschrieben den 28. XII. 07.)

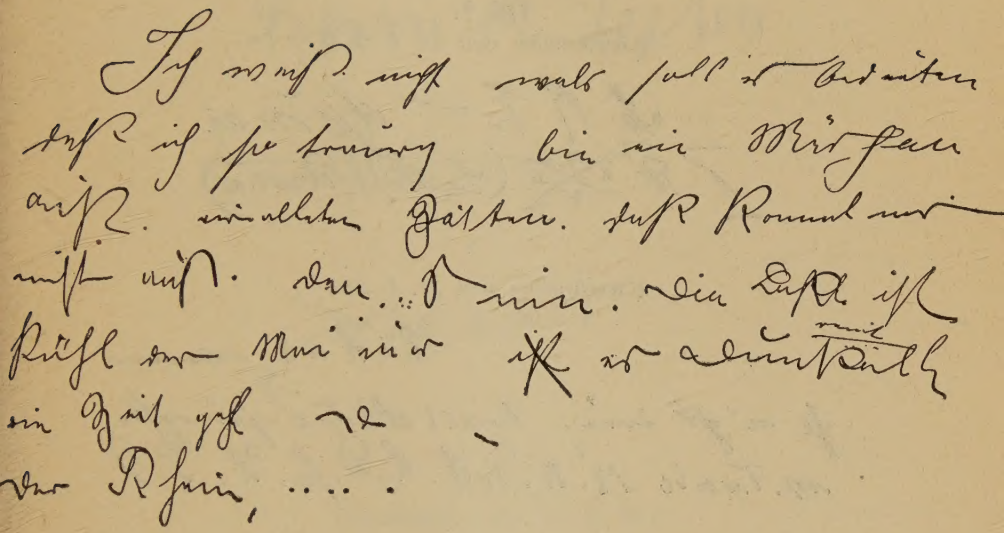


Fig. 3.

(Geschrieben den 23. XII. 07.)

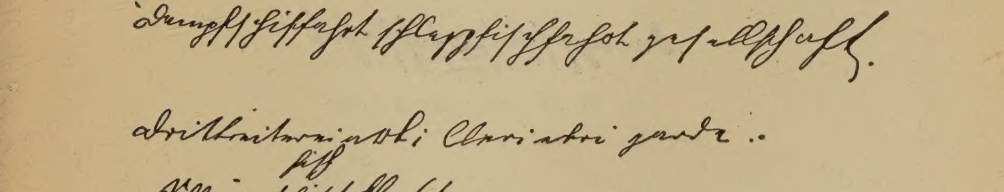
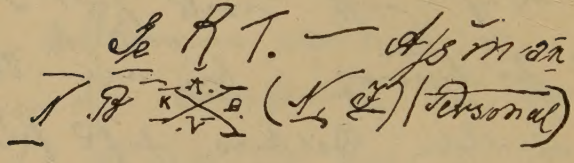


Fig. 4.

(Geschrieben den 23. I. 08.)



(Geschrieben den 25. I. 08.)

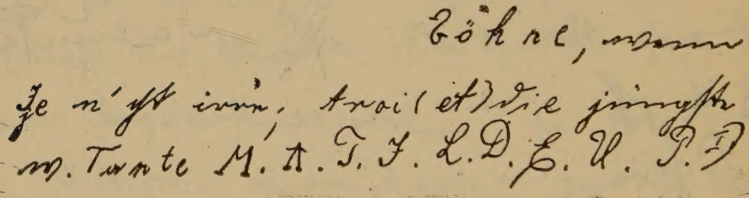


Fig. 5.

(Geschrieben den 8. II. 08.)

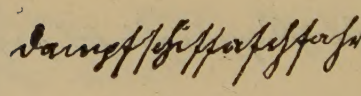


Fig. 6.
(Geschrieben den 18. II. 08.)

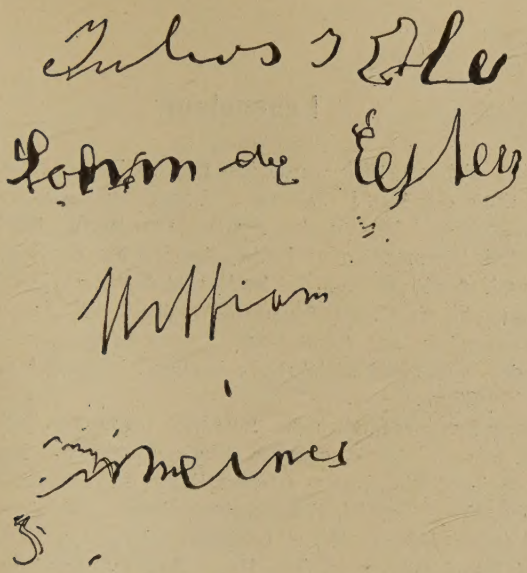


Fig. 7.
(Geschrieben den 15. II. 08.)

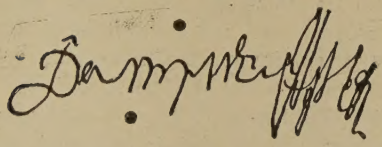
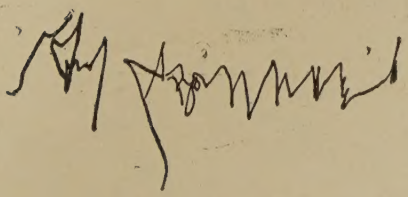


Fig. 8.
(Geschrieben den 15. II. 08.)



Lebenslauf.

Am 20. Februar 1885 wurde ich, Bruno Franz Alexander Wilhelm Lange, Sohn des Kgl. Polizeimajors Lange, evangelischer Konfession, zu Berlin geboren. Vom Herbst 1894 bis zum Herbst 1903 besuchte ich das Kgl. Luisengymnasium zu Berlin, das ich am 16. September 03 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Im Herbst desselben Jahres trat ich als Studierender in die Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ein und diente vom 1. April 04 bis zum 30. September 04 mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger. Am 3. März 06 bestand ich das Physikum.

Während meiner Studienzeit, die am 30. September 08 ihren Abschluß erreichte, habe ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren besucht: Beitzke, Bier, Bumm, Claisen, Drude, Engelmann, Engler, Ewald, B. Fränkel, Frey, Gabriel, Goldscheider, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, Hoffmann, Köhler, Kraus, Langgaard, Lesser, v. Leyden, Liebreich, v. Michel, Nagel, Olshausen, Orth, Pagel, Passow, Pels-Leusden, Posener, Rubener, F. E. Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Williger, Ziehen.

Durch Verfügung des Generalstabsarztes der Armee wurde ich am 1. Oktober 08 zum Unterarzt bei dem 3. Magdeburgischen Infanterie-Regiment Nr. 66 ernannt und zum Kgl. Charité-Krankenhause kommandiert. Als Unterarzt war ich in der Charité tätig 1 Monat in der Hals- und Nasenklinik (Ghr. Fränkel), 4 Monate auf der Infektionsabteilung der II. med. Klinik (Ghr. Kraus), 5 Monate in der Chirurgischen Hauptklinik (Ghr. Hildebrand) und 2 Monate im Pathologischen Institut (Ghr. Orth).

Nach Beendigung des praktischen Jahres wurde ich am 1. Oktober 09 zwecks Ablegung der ärztlichen Prüfung zur Kaiser Wilhelms-Akademie kommandiert. Am 6. Januar 1910 bestand ich das Staatsexamen und erlangte die Approbation als Arzt.